

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses, na UBS Boa
Esperança, Ronda Alta/RS**

José Alberto Paredes Rojas

Pelotas, 2015

José Alberto Paredes Rojas

**Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses, na UBS Boa
Esperança, Ronda Alta/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Daniela Nunes Cruz

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

R741m Rojas, José Alberto Paredes

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 Meses, na
UBS Boa Esperança, Ronda Alta/RS / José Alberto Paredes Rojas;
Daniela Nunes Cruz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

93 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da
Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de
Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde da
Criança 4.Puericultura 5.Saúde Bucal I. Cruz, Daniela Nunes, orient. II.
Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a todas as crianças do Brasil e a minha esposa e filhas por aguardar pacientemente por mim.

Agradecimentos

Quero agradecer a minha equipe de saúde e aos gestores municipais de saúde pela colaboração e parceria para que o projeto de intervenção mudasse de sonho à realidade e seja parte do nosso dia a dia.

Agradecimento especial a minha orientadora, pois sem sua ajuda o curso teria sido uma tarefa impossível.

Resumo

ROJAS, Jose Alberto P .**Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses, na UBS Boa Esperança, Ronda Alta/RS.**2015. 92fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humana, por isso o acompanhamento das crianças de zero a 72 meses, tendo nos primeiros meses de vida, um momento propício para estimular e auxiliar a família nas dificuldades do aleitamento materno, para orientar e realizar imunizações, verificar a realização da triagem neonatal e reforçar a rede de apoio a família. Nesse sentido, a puericultura é a principal ferramenta para o monitoramento do crescimento, o acompanhamento do desenvolvimento, as orientações sobre alimentação saudável e outras ações educativas imprescindíveis para ter uma população saudável no futuro. Com base no referencial acima, desenvolveu-se uma intervenção cujo objetivo foi melhorar a atenção a saúde das crianças de zero a 72 meses da Estratégia de Saúde da Família: Boa Esperança, no município de Ronda Alta/RS. Como objetivos específicos foram traçados os seguintes: ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança, melhorar a qualidade do atendimento à criança, melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança, melhorar o registro das informações, mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência, promover a saúde das crianças. Foram realizadas ações baseadas em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Os resultados alcançados foram os seguintes: em três meses de realização da puericultura na Unidade Básica da Saúde, 88 crianças na faixa etária de 0 a 72 meses (54,7%) foram cadastradas, o acompanhamento do peso foi realizado para 100% das crianças cadastradas, acompanhamento do desenvolvimento psicomotor realizado para 63 crianças (71,6%), a atualização das vacinas para 87 crianças (98,9%), indicação do suplemento de ferro de 6 a 24 meses para 22 crianças (88%), realização do teste de pezinho para 81 crianças (92%) e o teste de orelhinha para 59 crianças (67%). A avaliação do risco foi realizada para 87 crianças (98,9%), a avaliação das necessidades de atendimento odontológico foi realizado para 65 crianças (94,2%) e a realização da primeira consulta após 6 meses foi realizado para 46 crianças (66,7%). Todas as crianças 88 (100%) que estiveram faltosas a consultas agendadas para o médico tiveram busca ativa realizada pelas Agentes Comunitárias de saúde e todas as mães e/ou cuidadoras das crianças foram orientadas sobre a prevenção dos acidentes na infância, a importância do aleitamento materno e receberam orientações nutricionais e sobre a prevenção das caries e da higiene bucal. O projeto de intervenção alcançou resultados importantes tanto em quantidade e qualidade no trabalho da equipe de saúde e já faz parte do planejamento das atividades de saúde em nosso serviço. Esta experiência servirá de exemplo para implementar ou desenvolver outros programas de saúde em nossa Unidade Básica de Saúde.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Puericultura; Saúde Bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Proporção de crianças de zero a 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde	60
Figura 2	Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida	61
Figura 3	Proporção de crianças com monitoramento do crescimento	62
Figura 4	Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas	63
Figura 5	Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas	64
Figura 6	Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento	65
Figura 7	Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade	66
Figura 8	Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro	67
Figura 9	Proporção de crianças com triagem auditiva	68
Figura 10	Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida	69
Figura 11	Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico	70
Figura 12	Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica	71
Figura 13	Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas as consultas no programa de saúde da criança	72
Figura 14	Proporção de crianças com registro atualizado	73
Figura 15	Proporção de crianças com avaliação de risco	74
Figura 16	Figura 16. Fotografias das atividades realizadas durante a intervenção	92

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro Especializado em Odontologia
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PIM	Por uma Infância Melhor
PMM	Programa Mais Médicos
PSA	Prova do Antígeno Prostático
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2 Análise Estratégica	19
2.1 Justificativa	19
2.2 Objetivos e metas	21
2.2.1 Objetivo geral	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas	21
2.3 Metodologia	23
2.3.1 Detalhamento das ações	23
2.3.2 Indicadores	43
2.3.3 Logística	48
2.3.4 Cronograma.....	52
3 Relatório da Intervenção.....	54
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	54
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	57
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	57
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	58
4 Avaliação da intervenção.....	59
4.1 Resultados.....	59
4.2 Discussão	75
5 Relatório da intervenção para gestores	78
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	80
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	82
Referências	83
Apêndices.....	84
Anexos	86

Apresentação

Este volume trata do projeto de intervenção realizado na Unidade Básica de Saúde Boa Esperança, município Ronda Alta/RS, cujo objetivo foi melhorar a saúde das crianças de zero a 72 meses da área de abrangência.

No primeiro capítulo encontra-se a análise situacional para contextualizar a Unidade de saúde que ocorreu a intervenção. Foram abordadas informações sobre os dados de saúde do município, questões de estrutura física da UBS, processo de trabalho da equipe e análise da situação das principais ações programáticas da atenção básica.

No segundo capítulo encontra-se a análise estratégica, ou seja, a organização do projeto de intervenção. Nele está descrita a justificativa do projeto, os objetivos, metas, metodologia que tem incluso o detalhamento das ações, indicadores, logística e cronograma.

No terceiro capítulo está descrito o relatório da intervenção que consta do relato sobre as ações desenvolvidas e as que não foram desenvolvidas durante a intervenção.

No quarto capítulo está a avaliação da intervenção através de uma análise quantitativa e qualitativa dos resultados encontrados, bem como a discussão desses resultados para o serviço, a equipe e a comunidade.

O quinto capítulo consta um relatório que foi direcionado para os gestores do município. O sexto capítulo consta do relatório direcionado para a comunidade.

O sétimo capítulo está uma reflexão crítica do meu processo pessoal de aprendizagem. Por fim, encontram-se as referências utilizadas, os apêndices e anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu sou o médico Jose Alberto Paredes Rojas, trabalho no município Ronda Alta, estado Rio Grande do Sul tem uma população estimada de 10 228 habitantes. A Unidade Básica de saúde (UBS) a qual trabalho está localizada no Bairro Boa Esperança, é uma das três que tem no município a estrutura de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Dispomos de uma sala de espera, um consultório médico, um consultório de enfermagem, um consultório de triagem, um consultório de odontologia, uma sala para curativos, uma cozinha, dois banheiros.

Também há recursos para uma boa atenção a população, temos um computador, impressora e tudo o que precisarem para a documentação das consultas, material para limpeza, para fazer curativos, mas não temos farmácia, pois a Unidade de saúde é muito pequena, por isso já existe a proposta da secretaria de saúde municipal de ampliação da Unidade, projeto este que já foi aprovado pelo Estado e o recurso já foi liberado, em breve começará a execução da obra.

Nossa equipe está composta por uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma dentista, uma técnica em odontologia, a técnica de higienização, sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e um médico do Programa Mais Médicos (PMM). Nós temos uma população estimada de 2.500 habitantes com a seguinte distribuição: 708 famílias espalhadas em 12 comunidades do interior, só uma fica perto da Unidade de saúde, as outras muito longe, 6 km a mais perto e 30 km a mais longe. Todas são monitoradas por sete ACS as quais fazem feedback para nós das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), sendo 104 diabéticos e 425 hipertensos, como principais doenças. Temos um total de 22 crianças menores de um ano e 22 gestantes. As ACS são um pilar importante de nossa equipe, todas as sextas-feiras a equipe se reúne e faz o plano da próxima semana.

As consultas são agendadas pelas ACS por grupos de riscos e também fazemos consultas de demanda espontânea, que por agora são muito mais que as agendadas para os grupos de risco, gestantes e crianças menores de dois anos. Parte de nosso trabalho em equipe é mudar essa tendência favorecendo que as consultas das DCNT, gestantes e crianças sejam a maioria delas.

Para os usuários do interior que moram muito longe nós temos uma estratégia: agendar por telefone, agora todos eles podem ter consultas sempre que precisarem. A cada mês vamos nessas comunidades e fazemos palestras de DCNT. Em junho de 2014 mudamos a maneira das palestras e foram feitos teatros com o tema de hipertensão arterial, tabagismo e automedicação, tudo ficou muito legal. A enfermeira faz curativos em todas as comunidades sem importar a distância. São essas e outras coisas que a população agradece. Acredito que nosso trabalho além de necessitar de mais atividades de prevenção e mais visitas domiciliares para ficar mais organizado, enquanto equipe iremos enfrentar os desafios e tarefas propostas com qualidade e humanidade.

Uma das principais metas é conseguir acompanhar a todas as gestantes na ESF, para além das consultas com o ginecologista regularmente e incrementar as consultas de puericultura em crianças menores de dois anos. Os outros objetivos que não são menos importantes para nós são: continuar aumentando os números de preventivos, mamografias, exames de PSA (Prova do Antígeno Prostático), consultas agendadas de DCNT, ampliar o diagnóstico destas, pois os usuários cadastrados não estão dentro dos dados da realidade, eles mudam quanto mais trabalhamos nas pesquisas dessas doenças.

Nossa comunidade tem participação ativa nas atividades de promoção de saúde, temos grupos da terceira idade, de diabéticos, hipertensos e gestantes. Todos os meses realizamos com os usuários palestras de temas diferentes as quais são bem aceitas. O principal sucesso é que nossa população gosta do nosso trabalho e achamos que eles já estão mudando seu estilo de vida por outro mais saudável. Isso reconforta nossa atuação na atenção básica de saúde e ao mesmo tempo ficamos satisfeitos. É um passo importante continuar melhorando cada dia e acreditando sempre que atenção básica é básica porque é a base do SUS.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Ronda Alta/RS tem 10.221 habitantes e a maioria da população é rural. Tem três UBS com ESF, não há UBS tradicionais, temos disponibilidade de Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) tipo 2 integrado por psicólogas, nutricionista, assistentes sociais, professor de educação física, médicos ginecologista/obstetras, fonoaudiólogo, farmacêutico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, médico internista (clínica médica), médico veterinário e profissional de saúde sanitaria.

O município tem Centro Especializado em Odontologia (CEO), disponibilidade de atenção especializada com dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) com os seguintes profissionais: médico internista, ginecologista, cirurgião, ortopedista, urologista e psiquiatra. As outras especialidades também pelo SUS ficam em outros municípios vizinhos e a população tem acesso pelos encaminhamentos das equipes de saúde da família e dos próprios hospitais do município. A disponibilidade de exames complementares é excelente, temos um laboratório das equipes de saúde da família e outros três em parceria com a secretaria de saúde. Ressalta-se também que são realizadas mamografias e PSA gratuitos.

A UBS Boa Esperança onde trabalho é rural, é uma unidade da prefeitura e foi construída para ser uma ESF, não existe vínculo com instituições de ensino, pois nesta unidade não são desenvolvidas atividades de ensino, o modelo de atenção é ESF. Temos uma equipe que está composta por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um cirurgião dentista, uma auxiliar de saúde bucal, um médico de família do PMM para o Brasil e sete ACS. Outros profissionais vinculados ao nosso trabalho na UBS são um motorista, uma auxiliar de serviços gerais ou de limpeza, uma psicóloga e um agente de segurança.

A unidade de saúde está instalada num prédio novo construído há dois anos na periferia da cidade, o material utilizado é cimento para o chão e paredes, para a cobertura foi utilizado fibra, cimento e plástico especial. Tem escada com corrimãos e uma rampa para usuários com deficiência motora, tem sala de espera pequena para 20 cadeiras, sala de recepção, sala de curativos, um consultório médico com

banheiro, um consultório de enfermagem, um consultório para dentista, uma cozinha e um banheiro para usuários.

O que mais atrapalha o desenvolvimento do trabalho diário é que a UBS é muito pequena, não temos sala de observação nem farmácia. Os aspectos positivos são que fica perto da principal comunidade de nossa área de abrangência e tem meios para se comunicar com o pronto atendimento, hospital e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A sala de recepção tem computador, impressora e material de escritório suficiente para nosso trabalho diário. Já foi liberado o recurso econômico e aprovado o projeto para a ampliação da unidade.

A equipe de saúde da UBS tem como principal aspecto positivo o engajamento com seu trabalho, a sensibilidade com os usuários doentes e a disciplina laboral. Há atribuições que a equipe ainda não consegue atender, pois uma das fragilidades em nossa Unidade de saúde é o pouco ou quase nenhum conhecimento da Portaria 2.488/2011, do Ministério da Saúde (MS).

As atribuições realizadas na UBS comuns a todos os profissionais e que constam na portaria são: participação do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; atualização de 90% do cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação; cuidado da saúde da população adstrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários. Realizam-se ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos garantindo também atendimento da demanda espontânea.

Todos os integrantes da equipe participam do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, a busca ativa e notificamos doenças e agravos de notificação compulsória. A equipe é responsável pela população adstrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de cuidados em outros pontos de atenção do sistema de saúde. Praticamos cuidado familiar dirigido a coletividades e grupos sociais. Realizamos reuniões a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe a partir da utilização dos dados disponíveis. Acompanhamos e fazemos avaliação sistematicamente das ações implementadas, realizamos ações de educação em saúde para a população adstrita, conforme planejamento da equipe.

Acredito que a equipe em suas reuniões nunca realizou a discussão das atribuições de cada membro da UBS. Uma necessidade é que não temos o número suficiente de ACS para cobrir 100% da população cadastrada, situação que tem influência direta nas atribuições da equipe, por exemplo, por não ter a quantidade suficiente de ACS a programação e implementação das atividades de atenção a saúde de acordo com as necessidades de saúde da população não podem se cumprir de forma integral. Identificada a principal fragilidade nas reuniões quinzenais é um tópico permanente de discussões a Portaria mencionada acima que retrata sobre as atribuições dos integrantes da equipe de saúde.

Nós temos uma população de 2.553 habitantes na área de abrangência distribuída em 1.270 mulheres e 962 homens. É evidente o predomínio da população feminina, a faixa etária maior é de 25 a 39 anos, seguida pelos maiores de 60 anos. A estrutura da equipe está adequada para o tamanho da população da área adstrita, pois a média recomendada é de 3 mil pessoas. As estratégias que serão utilizadas para viabilizar a atenção à saúde da população são continuar junto aos ACS aumentando as consultas programáticas dos grupos prioritários: crianças, gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos; fazer mais atividades de prevenção com toda a população direcionada a prática de atividade física, alimentação saudável, orientações sobre os riscos para a saúde em relação ao tabagismo, álcool e o consumo de drogas e a importância de evitá-los. Em resumo trabalhar mais e com mais qualidade cada dia.

Em relação à atenção à demanda espontânea este não constitui um verdadeiro problema, pois não há excesso dela, mas é uma dificuldade, pois muitas vezes as consultas programadas e agendadas não são feitas por ausência dos usuários e então a demanda espontânea predomina no total de consultas programadas. Algumas das ações que podem auxiliar a superar ou minimizar essas dificuldades já foram descritas anteriormente que são continuar informando, comunicando e convencendo aos usuários para mudar a ideia que predomina em nossa população de ir a Unidade de saúde só quando estão doentes. Temos que conseguir fazer com que a prevenção em saúde na atenção básica sejam a prioridade no pensamento da população.

A ação programática saúde da criança (faixa etária de 0 a 72 meses) não está bem organizada e nem planejada corretamente, conforme preconiza o MS para a realização da consulta de puericultura. O indicador de cobertura apresentado no

Caderno de Ações Programáticas (CAP) para crianças menores de um ano encontra-se em 37%, sendo 10 crianças cadastradas de 27 estimadas. Os indicadores de qualidade que temos que melhorar são: consultas em dia de acordo com o protocolo do MS que foi realizada para 7 crianças (70%), atraso da consulta agendada em mais de sete dias para três crianças (30%). O indicador de qualidade de primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida está em torno de foi realizada para sete crianças (70%). Para os indicadores de teste do pezinho até sete dias, triagem auditiva, monitoramento do crescimento na última consulta, monitoramento do desenvolvimento na última consulta, vacinas em dia, avaliação de saúde bucal, orientação para aleitamento materno exclusivo e orientação para prevenção de acidentes, foi realizado para todas as crianças (100%).

Embora não disponibilizamos sala de vacinas, olhamos sempre a caderneta da criança e lembramos as mães o dia das vacinas, fazemos visitas domiciliárias, temos em nossa área uma creche perto da UBS e realizamos encontros com as mães e as trabalhadoras da creche Arco-íris, falando da saúde da criança. Ainda temos que organizar os prontuários das crianças por faixa etária, fazer um registro específico de puericultura e aumentar a qualidade das supervisões que fazemos a cada quinzena. Como aspecto muito positivo é a parceria com o PIM (Por uma Infância Melhor) que é um programa estadual de atenção das crianças e gestantes que tem necessidades socioeconômicas.

As ações de atenção à gestante que são realizadas na UBS estão direcionadas ao acompanhamento das gestantes nas visitas domiciliárias e nos grupos de gestantes. Há um grupo com todas as gestantes do município com reunião mensal onde são realizadas palestras de temas da gravidez e nosso grupo também acontece mensalmente para monitorar as orientações, as vacinas e o cumprimento das orientações do médico ginecologista/obstetra que faz o controle pré-natal delas. Também falamos de temas de interesse das gestantes, temos registro dessas atividades nas quais também participam integrantes da equipe do NASF.

O indicador de cobertura preenchido no CAP para o pré-natal foi 42%, ou seja, de 33 gestantes estimadas 14 estavam em acompanhamento. Os indicadores de qualidade do pré-natal estão apresentando os seguintes parâmetros: 12 gestantes (86%) iniciou o pré-natal no primeiro trimestre, 10 gestantes (71%) encontram-se com as consultas em dia de acordo com o protocolo do MS e todas as

14 gestantes (100%) realizaram as seguintes ações: exames e vacinas, suplementação de sulfato ferroso, exame ginecológico, acompanhamento de saúde bucal e orientação para aleitamento materno exclusivo.

Em relação ao puerpério, o indicador de cobertura foi de 67%, ou seja, de 27 puérperas estimadas, 18 realizaram acompanhamento na UBS. Os indicadores de qualidade para o puerpério, de um modo geral estão bons, em torno de 100%, são eles: consultas antes dos 42 dias de pós-parto, consulta puerperal registrada, orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, orientações sobre aleitamento materno exclusivo, orientação sobre planejamento familiar, mamas e abdômen examinados. O atendimento clínico ocorre na consulta dos médicos ginecologistas-obstetras na ESF 2, eles fazem o acompanhamento das gestantes de todo o município por estratégia definida pela secretaria de saúde municipal.

Em relação à prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama na UBS, as ações estão estruturadas de forma programática. O serviço adota o protocolo e manual técnico, por isso tem resultados satisfatórios. A população feminina tem adesão às ações propostas nas falas da enfermeira, do médico e em cada encontro com os grupos nas comunidades, nas consultas médica, no acolhimento do dia a dia, sendo lembrada para todas as mulheres a importância de ter atualizado o preventivo o exame clínico das mamas e as mamografias. A enfermeira faz o preventivo todos os dias e preenche a requisição da mamografia a qual é gratuita. A qualidade dos registros, o planejamento e monitoramento das ações estão bem organizados e desenvolvidos.

O indicador de cobertura no CAP para o controle do câncer de colo na UBS é de 100%, ou seja, 614 mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos estão cadastradas na UBS. Contudo temos que melhorar todos os indicadores de qualidade, pois 410 (67%) mulheres encontram-se com os exames cito patológicos para câncer de colo de útero em dia, 169 mulheres (28%) estão como exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de seis meses de atraso, 11 mulheres (2%) encontra-se com avaliação de risco para câncer de colo de útero, 300 mulheres (49%) receberam orientação sobre prevenção de CA de colo de útero, 165 mulheres (27%) receberam orientação sobre DSTs e 391 mulheres (64%) encontram-se com os exames coletados com amostras satisfatórias.

O indicador de cobertura que foi preenchido no CAP para o controle do câncer de mama na UBS é de 100%, ou seja, 230 mulheres na faixa etária entre 50

e 69 anos. Os indicadores de qualidade como mamografia em dia e avaliação de risco para câncer de mama foram realizados para 201 mulheres (87%), 29 mulheres (13%) encontram-se com a mamografia com mais de 3 meses em atraso e todas as 230 mulheres (100%) receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama.

As ações de atenção aos hipertensos e diabéticos que são realizadas na UBS são as consultas programáticas planejadas conforme protocolos do SUS e pelas necessidades de cada comunidade sendo realizadas pelo médico na própria ESF. As visitas domiciliares quem agenda são as ACS, nos encontros com os grupos de hipertensos e diabéticos que temos todos os meses. Realizamos palestras, tanto pelos integrantes de nossa equipe quanto do NASF, mensalmente. Como dificuldades a serem melhoradas estão: reorganizar os prontuários individuais por doenças crônicas, fazer um registro específico dessas doenças, aumentar a quantidade de usuários hipertensos e diabéticos com avaliação odontológica e fazer mais consultas programadas, pois ainda é insuficiente para dizer que o acompanhamento é bom.

O indicador de cobertura para atenção aos hipertensos apresentado no CAP é de 85%, ou seja, de 500 usuários com 20 ou mais que apresentam hipertensão 425 estão cadastrados na UBS. Os indicadores de qualidade estão expressos da seguinte forma: 233 usuários com HAS (55%) realizaram estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 354 usuários (83%) estão em atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, 103 usuários (24%) realizaram avaliação de saúde bucal em dia, 401 usuários (94%) realizaram exames complementares periódicos em dia e 425 usuários (100%) receberam orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável.

Para a atenção aos usuários com diabetes foi estimado pelo CAP 143 usuários, sendo que somente 104 usuários (73%) encontram-se cadastrados e acompanhados na UBS. Os indicadores de qualidade são os seguintes: 82 usuários com DM (79%) realizaram estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 79 usuários (76%) encontram-se em atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, 98 usuários (94%) realizaram os exames complementares periódicos em dia, 95 usuários (91%) realizaram avaliação de saúde bucal em dia. Os demais indicadores foram realizados para 100% dos usuários com DM acompanhados na UBS: exame físico dos pés nos últimos 3 meses, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses,

orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação.

Os idosos é um grupo prioritário, além de ser a faixa etária mais frágil, pois a maioria deles tem doenças crônicas, sequelas, complicação de doenças agudas etc. É por isso que as ações que são feitas para ajudá-los a ter uma qualidade de vida melhor têm tanta importância em nosso trabalho. As ações de atenção à saúde dos idosos estão estruturadas de forma programática, mas ainda não temos um registro para o monitoramento dessas ações o qual temos que organizar. A maior fortaleza é o engajamento com nosso trabalho por isso eu acredito e tenho a certeza que as demais coisas que ainda não estão sendo feitas, mas que são necessárias a equipe vai se empenhar para realizar.

Os integrantes do NASF, a psicóloga, o professor de educação física, assistente social, as nutricionistas sempre nos ajudam nos encontros nas comunidades que estão muito distantes. Temos que avaliar com mais frequência nas reuniões da equipe os indicadores de qualidade.

O indicador de cobertura para a atenção aos idosos é de 100%, ou seja, 305 pessoas idosas estão cadastradas na UBS. Os indicadores de qualidade encontrados foram os seguintes: nenhum idoso possui a caderneta de saúde da pessoa idosa, 197 idosos (65%) realizaram a avaliação multidimensional rápida, encontram-se com acompanhamento em dia, realizaram avaliação de risco para morbimortalidade e investigação de indicadores de fragilização na velhice. Somente 143 idosos (47%) receberam avaliação de saúde bucal em dia, e todos os 305 idosos (100%) receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para atividade física regular.

Os dados da saúde bucal na UBS são: número de atendidos em primeira consulta programática para: 43 pré-escolares (80%), 322 escolares (97%), outros, exceto gestantes, 615 (43%), 198 idosos (65%), 14 gestantes (42%). Número de pessoas com atendimento não programado: 11 pré-escolares (26%), 3 escolares (1%), outros, exceto gestantes, 47 (8%), 23 idosos (12%), 1 gestante (7%). Número de atendidos com tratamento inicial completado: 40 pré-escolares (93%), 298 escolares (93%), outros, exceto gestantes, 423 (69%), 172 idosos (87%), 9 gestantes (64%). Número de atendidos com orientação sobre alimentação saudável e higiene bucal em ações coletivas: 30 pré-escolares (70%), 258 escolares (80%), outros, exceto gestantes, 236 (38%), 145 idosos (73%), 14 gestantes (100%). Temos que

aumentar o número de gestantes em primeira consulta programática e com tratamento inicial completado.

Como sempre falo e falarei, o maior recurso da Unidade de saúde é a qualidade, disciplina, competência, o engajamento, os desejos e a vontade de fazer coisas, de mudar as velhas ideias por novas e melhores que tem minha equipe de saúde. Nós temos responsabilidade com a saúde da população de nossa área de abrangência e temos apoio dos gestores municipais de saúde. Os maiores desafios são fazer nosso trabalho cada dia melhor e conseguir que todos os programas de saúde orientados pelo SUS sejam feitos na Unidade com qualidade e que nossa população mude seu estilo de vida para um estilo mais saudável. O preenchimento de cada questionário, as análises dos CAPs já mudaram nosso trabalho da equipe, agora nós queremos fazer tudo de um melhor jeito.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Lembrando o texto inicial da tarefa da segunda semana de ambientação em resposta à pergunta: "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?" e comparando com toda a investigação que eu fiz durante a análise situacional houve mudança de olhar, pois quando foi feita a primeira tarefa não tinha os conhecimentos que tenho hoje os quais foram ampliados e muitos deles são novos para mim, o que permite fazer uma melhor avaliação sobre as diversas situações na ESF.

Por exemplo, a dentista não tinha em sua agenda as consultas programáticas das crianças de zero a 6 meses que não frequentavam as creches mas agora faz parte de seu planejamento. A maioria das ACS não tinha conhecimento de suas atribuições o que limitava o trabalho e os resultados, agora ficaram mais engajadas com seu trabalho.

De modo geral, os integrantes da equipe não tinham os conhecimentos suficientes de suas atribuições nem de uma correta prioridade dos atendimentos, tudo isso mudou com a realização da análise situacional o que constitui uma ferramenta importante para melhorar a qualidade dos serviços de saúde para a população de nossa área de abrangência.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A importância da ação programática sobre a qual se dará a intervenção para a saúde da população em minha área de abrangência está determinada pela faixa etária de 0 a 72 meses, pois a infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humana. O acompanhamento das crianças é importante para o desenvolvimento de um indivíduo saudável no futuro, além das consultas de puericultura, a visita domiciliar torna-se um instrumento importante para a troca de informações vinculadas as necessidades particulares de cada indivíduo favorecendo, desta forma, atividades educativas e mais humanizadas (BRASIL,2012).

Os cuidados da saúde da criança têm início no acompanhamento pré-natal, tendo na primeira semana de vida um momento propício para estimular e auxiliar a família nas dificuldades do aleitamento materno, para orientar e realizar imunizações, verificar a realização da triagem neonatal e reforçar a rede de apoio a família. O monitoramento do crescimento, o acompanhamento do desenvolvimento, as orientações sobre alimentação saudável e outras ações educativas são ações que devem nortear a conduta dos profissionais da atenção básica na puericultura pois neste período de transição e mudanças no ciclo de vida da família é muito comum o surgimento de dúvidas, inseguranças e questionamentos por parte dos cuidadores. (BRASIL,2012).

A UBS Boa Esperança está localizada no Bairro Boa Esperança dispõe de uma sala de espera, um consultório médico, um consultório de enfermagem, um consultório de triagem, um consultório de odontologia, uma sala para curativos, uma cozinha, dois banheiros. Nossa equipe está composta por uma enfermeira, uma

técnica em enfermagem, uma dentista, uma técnica em odontologia, a técnica de higienização, sete ACS e um médico do PMM. A população estimada de 2.553 habitantes com: 708 famílias espalhadas em 12 comunidades do interior, as quais são monitoradas pelas ACS.

Pelos dados do cadastramento feito pelas ACS e que estão no sistema de informação da atenção básica (SIAB) do meu município temos na Unidade de saúde, de zero a 72 meses 161 crianças, destas tem prontuário, ou seja, são atendidas 125 (77,6%). O ponto crítico é a adesão ao programa, por exemplo, o acompanhamento pela consulta de puericultura em dia só temos 45 crianças o que dá 27,7%. A qualidade do atendimento é boa, pois nas consultas se preenche a caderneta de saúde da criança, é feita a primeira consulta na primeira semana de vida, a triagem neonatal é feita na maioria das crianças antes do primeiro mês.

Realizamos educação em saúde para as mães sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, monitoramento do crescimento, acompanhamento do desenvolvimento, as mães têm informações sobre alimentação saudável, ofertamos suplemento de ferro para crianças de seis meses até dois anos, as crianças têm avaliação da saúde bucal e fazemos prevenção dos acidentes.

Além dessas ações de prevenção feitas em cada consulta de puericultura, no acolhimento das crianças nas consultas de pediatria as mães recebem orientações sobre vacinas, prevenção das infecções respiratórias, das doenças gastrointestinais e da importância da boa higiene na prevenção das doenças infecto contagiosas. Nos grupos das comunidades do interior sempre temos um tópico relacionado com a saúde das crianças, também no grupo com as gestantes falamos sobre aleitamento materno, consulta de puericultura, vacinas e prevenção de acidentes.

A intervenção vai mudar o jeito do trabalho na Unidade de saúde com resultados positivos através do aumento da cobertura desta ação programática, pois só as crianças de zero a dois anos têm acompanhamento nas consultas de puericultura (45 = 27,7%) e muitas estão faltosas. As mães das crianças maiores de dois anos só participam das consultas se os filhos estão doentes e outras moram muito longe da unidade de saúde o que dificulta a acessibilidade aos serviços de saúde da UBS.

Além dessas dificuldades a equipe de saúde tem muito desejo de trabalhar com os protocolos do MS e estão engajados com a implementação do foco da intervenção. Nós pretendemos durante quatro meses aumentar a população alvo atendida na UBS para 95% e aumentar a adesão ao programa de saúde da criança em mais de 80%. Buscamos também continuar trabalhando com os indicadores de qualidade, primeira consulta nos primeiros 7 dias de vida, realizar avaliação da saúde bucal para todas as crianças atendidas nas consultas de puericultura e que as mães entendam a importância da prevenção em saúde das crianças.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde das Crianças de 0 a 72 meses da UBS Boa Esperança, Ronda/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança na Unidade Básica de Saúde.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 95% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança na UBS.

Meta 2.1 Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Meta 2.3 Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Meta 2.4 Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Meta 2.5 Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Meta 2.6 Monitorar 100% da vacinação das crianças de acordo com a idade.

Meta 2.7 Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Meta 2.8 Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Meta 2.9 Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Meta 2.10 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.

Meta 2.11 Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão das crianças de zero a 72 meses ao programa de Saúde da Criança.

Meta 3.1. Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações do programa de saúde da criança existentes na Unidade Básica de Saúde.

Meta 4.1 Manter registro na ficha de acompanhamento/espelho da saúde da criança de 100% das crianças que consultam no serviço.

Objetivo 5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência de nossa UBS

Meta 5.1. Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças com a educação para saúde das mães e comunidade em geral.

Meta 6.1 Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Meta 6.2 Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Meta 6.3 Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Meta 6.4 Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS Boa Esperança, no Município de Ronda Alta/RS. Participarão da intervenção 161 crianças de zero a 72 meses cadastradas em nossa área de abrangência e suas mães ou cuidadoras. O trabalho será realizado em conjunto como toda a equipe de saúde. Serão desenvolvidas ações de promoção a saúde e prevenção de agravos das crianças dessa faixa etária através das consultas de puericultura, que terão seus dados avaliados e supervisionados sistematicamente pelas planilhas de coleta de dados e as fichas espelhos.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança

Meta 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 95% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: O médico da ESF e a enfermeira irão monitorar o número de crianças cadastradas no programa isso ocorrerá ao longo de toda a intervenção. Serão revisados os prontuários das famílias e comparados com os dados do SIAB em relação ao número de crianças de 0 a 72 meses de nossa área de abrangência.

Organização e gestão do serviço

Ação: Cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita que será feito pelas ACS e ocorrerá durante todas as semanas da intervenção. Elas irão casa por casa, pois tem conhecimento de sua população e priorizará o atendimento de crianças nas consultas de puericultura o que será feito pela enfermeira e o médico previamente agendado pelas ACS. Ocorrerá ao longo da intervenção e ficará fixo no planejamento das atividades da UBS, cada dia serão agendadas 4 consultas de puericultura.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios por meio de palestras feitas pelo médico e a enfermeira nas comunidades e com ajuda da facilitadora do PIM (Programa estadual por uma infância melhor)

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde. A capacitação será feita com frequência quinzenal, nas reuniões com a equipe de saúde com a orientação do médico e da enfermeira.

Ação: Capacitar a equipe sobre a saúde da criança e sobre as informações que devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde. A capacitação será feita com frequência quinzenal, nas reuniões com a equipe de saúde com a orientação do médico e da enfermeira.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 2.1: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Monitoramento e avaliação

Ação: O médico, enfermeira e as ACS irão monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida. Será feito nos quatro meses da intervenção e formará parte do plano de trabalho da UBS, guiados pelo cronograma do parto das gestantes de nossa área de abrangência e a informação do hospital no momento de ocorrência dos partos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Fazer busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto o que será feito pelas ACS com ajuda dos líderes das comunidades no período da intervenção e sempre como parte de seu plano de trabalho fazendo visitas domiciliar junto com a enfermeira e o médico.

Engajamento público

Ação: Informar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança e sobre a importância da realização da primeira consulta da criança na primeira semana de vida da criança. Será feito primeiramente nas reuniões das gestantes cada mês na UBS mediante falas, palestras ou conversas feitas pela enfermeira ou médico e continuadas nas comunidades pelas ACS em suas visitas às famílias.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde. Será feito pelo médico e a enfermeira nas primeiras duas semanas da intervenção fazendo leitura, análise e estudo do caderno de atenção básica Saúde da Criança, 2012.

Ação: Capacitar a equipe sobre a importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida da criança. Será feito pelo médico e a enfermeira nas primeiras duas semanas da intervenção fazendo leitura, análise e estudo do caderno de atenção básica Saúde da Criança, 2012

Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento. Será feito pelo médico em cada consulta de puericultura fazendo uso das tabelas disponibilizadas pelo MS no período da intervenção e como parte de sua agenda de trabalho diário.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir pelos gestores municipais de saúde do material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). No período da intervenção e sempre para que o trabalho de garantir qualidade a saúde da criança tenha continuidade.

Ação: Ter versão atualizada do protocolo impresso e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. Esta ação será

garantida pelos gestores municipais de saúde do município. No período da intervenção e sempre para que o trabalho de garantir qualidade a saúde da criança tenha continuidade.

Engajamento público

Ação: Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social. O responsável será o médico.

Ação: O médico irá informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento para identificar sinais de anormalidade em cada consulta e nos encontros nas comunidades e nos grupos das gestantes que ocorre mensalmente com ajuda da enfermeira e das ACS que estarão capacitadas.

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar treinamento das técnicas para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança para a equipe de saúde.

Ação: Padronizar a equipe na realização das medidas.

Ação: Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança o que será feito pela enfermeira e o médico nas 3 primeiras semanas da intervenção fazendo atividades práticas do preenchimento das mesmas orientadas pelo caderno saúde da criança.

Meta 2.3 Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento. Será feito pelo médico em cada consulta usando as tabelas do MS e as cadernetas das crianças, ocorrerá no período da intervenção e sempre como parte do plano de trabalho.

Organização e gestão do serviço

Ação: Os gestores municipais de saúde irão a garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica).

No período da intervenção e cada mês analisaremos as necessidades desse material.

Ação: Disponibilizar permanentemente a versão atualizada do protocolo impressa no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário o qual será garantido prévio solicitude aos gestores municipais de saúde do município.

Ação: Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento por meio da colocação de um ícone de cor vermelho para identificar as crianças com déficit de peso o que será realizado pelo médico e enfermeira durante o período que as crianças tenham baixo peso.

Engajamento público

Ação: O médico irá compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social o que será feito nos encontros com a comunidade cada mês.

Ação: O médico informará em cada consulta de puericultura aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento para identificar sinais de anormalidade o que vai ter continuidade nas reuniões com a comunidade com periodicidade mensal.

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar treinamento das técnicas para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança para a equipe de saúde.

Ação: Padronizar a equipe na realização das medidas.

Ação: Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Serão feitos pelo médico e enfermeira nas duas primeiras semanas da intervenção no horário das reuniões quinzenais pelo estudo do caderno de saúde da criança, 2012.

Meta 2.4 Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Monitoramento e avaliação

Ação: O médico monitorará as crianças com excesso de peso em cada consulta fazendo uso das tabelas para idade e IMC, escores Z e percentis

disponibilizados pelo MS e as cadernetas da criança e na revisão semanal das fichas espelhos durante o período da intervenção.

Organização e gestão do serviço

Ação: Os gestores municipais de saúde irão garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). No período da intervenção e cada mês analisaremos as necessidades desse material.

Ação: Disponibilizar permanentemente a versão atualizada do protocolo impresso no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário o qual será garantido prévio solicitude aos gestores municipais de saúde do município.

Ação: Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com excesso de peso, o que será feito pelo médico e consistirá em um sinal de cor azul estará na ficha espelho pelo período que a criança tenha o peso alterado para acompanhar com mais frequência e encaminhar ao nutricionista.

Engajamento público

Ação: Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de Saúde da Criança para que possam exercer o controle social.

Ação: Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade.

Estas duas ações serão feitas pelo médico em cada consulta e pela enfermeira e as ACS nas visitas domiciliares e encontros mensais com os grupos nas comunidades no período da intervenção e, além disso, estarão no plano mensal de trabalho da equipe de saúde.

Qualificação da prática clínica

Ação: Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.

Ação: Padronizar a equipe.

Ação: Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Será feito pelo médico e enfermeira nas primeiras duas semanas da intervenção fazendo leitura, análise e estudo do caderno de atenção básica Saúde da Criança, 2012.

Meta 2.5 Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo. Será realizado pelo médico em cada consulta avaliando as crianças tendo em conta os aspectos preconizados pelo caderno da criança 2012.

Organização e gestão do serviço

Ação: O médico vai garantir os encaminhamentos para a consulta com o pediatra das crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento o que ocorrerá sempre que seja necessário.

Ação: Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com atraso no desenvolvimento. Será feito pelo médico sinalizando nas fichas espelhos com uma estrela amarela essas crianças pelo período de tempo da intervenção e sempre que ocorrer o problema descrito.

Engajamento público

Ação: Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social.

Ação: Informar aos pais e responsáveis as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária (conforme a carteira da criança).

Estas duas ações serão feitas pelo médico em cada consulta e pela enfermeira e as ACS nas visitas domiciliares e encontros mensais com os grupos nas comunidades no período da intervenção e, além disso, estarão no plano mensal de trabalho da equipe de saúde

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe na avaliação do desenvolvimento de acordo com a idade da criança.

Ação: Capacitar para o preenchimento da ficha de desenvolvimento

Será feita pelo médico e enfermeira nas primeiras duas semanas da intervenção fazendo leitura, análise e estudo do caderno de atenção básica Saúde da Criança, 2012.

Meta 2.6 Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Monitoramento e avaliação

Ação: As ACS monitorarão o percentual de crianças com vacinas atrasadas em cada área de sua abrangência olhando para as cadernetas das crianças em cada visita domiciliar como parte de suas atribuições e rotina de trabalho.

Ação: Monitorar o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura; Será feito pelo médico e enfermeira sempre em cada consulta e na avaliação semanal das fichas espelhos de cada criança.

Engajamento público

Ação: Orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança. Será feita pela enfermeira da equipe de saúde em cada consulta de puericultura e pelas ACS nas visitas domiciliares sempre. Esta tarefa está vinculada as suas atribuições.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento. Será feito pelo médico e a enfermeira nas primeiras duas semanas da intervenção fazendo leitura, análise e estudo do caderno de atenção básica Saúde da Criança, 2012.

Meta 2.7 Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o percentual de crianças que receberão suplementação de ferro em cada consulta pelo médico perguntando as mães se dão os suplementos a

seus filhos e cada semana na avaliação das fichas espelhos também serão monitorados os percentuais.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a dispensação do medicamento (suplemento). Será feito pela farmácia da secretaria de saúde prévia informação das crianças que necessitam desse suplemento. Esta ação será feita pelo médico, a enfermeira e a técnica de enfermagem durante o período da intervenção e formará parte do plano de trabalho mensal da ESF.

Engajamento público

Ação: Orientar pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro. Será feito pelo médico em cada consulta e pela enfermeira e as ACS nas visitas domiciliares e encontros mensais com os grupos nas comunidades no período da intervenção e, além disso, estarão no plano mensal de trabalho da equipe de saúde

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar o médico para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do MS. Será feito pelo médico da equipe de saúde estudando sempre pelo caderno de saúde da criança 2012.

Meta 2.8 Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva. Será realizado pelas ACS olhando as cadernetas das crianças nascidas nos últimos 3 meses e pelo médico avaliando as fichas espelhos semanalmente dessas crianças e todas de um modo geral no período da intervenção.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo. Será realizado pelo médico, a enfermeira e as ACS conhecendo o número de crianças que nascem

e se a família tem possibilidades econômicas para o traslado ao município vizinho para providenciar o transporte antes do primeiro mês de vida.

Engajamento público

Ação: Orientar pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste. Será feito pelas ACS na primeira vista domiciliar e pelo médico e a enfermeira na primeira consulta de puericultura nos primeiros 7 dias de nascido.

Qualificação da prática clínica

Ação: Orientar o médico sobre a incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança. Será feito pelo médico estudando o caderno de saúde da criança, 2012.

Meta 2.9 Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o percentual de crianças que realizarão o teste do pezinho antes dos 7 dias de vida. A enfermeira junto as ACS tem o controle das crianças nascidas em cada semana, elas irão as casas e comprovarão a realização do teste e tem a informação do laboratório municipal onde é feito para procurar as crianças faltosas.

Organização e gestão do serviço

Ação: A secretaria de saúde tem garantido a realização de teste do pezinho a 100% das crianças. Para que seja feito na totalidade das crianças de nossa área de abrangência a enfermeira junto as ACS tem o controle das crianças nascidas em cada semana. Elas irão as casas e comprovarão a realização do teste e tem a informação do laboratório municipal onde é feito para procurar as crianças faltosas.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida. Será feito pelo médico e enfermeira nos encontros mensais com as gestantes, nas visitas

domiciliares e pelas ACS em suas visitas as gestantes no período da intervenção e formará parte de seu trabalho constante.

Qualificação da prática clínica

Ação: Verificar se todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde estão aptos para realizar o teste do pezinho. Se não, providenciar a capacitação. O médico verificará essa ação na primeira semana da intervenção e se não estão aptos junto a secretaria de saúde providenciará a capacitação.

Meta 2.10 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência. Será feito pelos integrantes da equipe de saúde como parte das atribuições na prevenção em saúde da atenção básica em seu trabalho diário nas consultas, visitas domiciliares e nos encontros com os grupos das comunidades.

Organização e gestão do serviço

Ação: A enfermeira irá organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde prévio agendamento feito pelas ACS no período da intervenção, cada dia serão feitas 4 consultas de puericultura.

Ação: Todos os integrantes da equipe de saúde vão oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde com prévio agendamento com ACS. Serão providenciadas 4 consultas diárias para essa faixa etária.

Ação: Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade. Será feita pela cirurgiã dentista e a auxiliar de saúde bucal ao final de cada consulta de puericultura as crianças de essa faixa etária serão avaliadas na consulta odontológica para agendar seu acompanhamento o que ocorrerá no período da intervenção e tenderá continuidade em nosso trabalho na ESF.

Ação: Organizar ação para realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Será realizada pela cirurgiã dentista e a auxiliar de saúde bucal nas avaliações as crianças da creche Arco Iris que está em nossa área de abrangência, através de palestras que serão feitas nos encontros com as comunidades e junto ao resto da equipe de saúde nas consultas de puericultura. Ocorrerá no período da intervenção e ficará na agenda de trabalho da equipe da ESF.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade. Será feito pela dentista, a auxiliar de saúde bucal, o médico, a enfermeira e as ACS nos encontros mensais com as comunidades em forma de palestras.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6 a 72 meses de idade. O que será realizado pela dentista de nossa UBS, ocorrerá nas quatro primeiras semanas da intervenção

Meta 2.11 Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: O médico nas consultas de puericultura vai monitorar a saúde bucal das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência com primeira consulta odontológica com ajuda das ACS e auxiliar de saúde bucal que tem o controle nos prontuários da consulta de odontologia olhando cada um deles e as fichas espelhos no período da intervenção.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde. Será realizada pela enfermeira, a auxiliar de saúde

bucal e a técnica de enfermagem garantindo quatro consultas odontológicas por dia no período da intervenção o que terá continuidade em nosso trabalho.

Ação: Cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade. A auxiliar de saúde bucal com a ajuda das ACS atualizando os prontuários e os dados do SIAB no período da intervenção e depois mensal.

Ação: Oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde. A cirurgiã dentista vai fazer esta ação no período da intervenção e sempre como parte de seu trabalho diário, providenciado quatro consultas com prévio agendamento através das consultas de puericultura ou feito pelas ACS.

Ação: Com ajuda das ACS, o médico a cirurgiã dentista e a auxiliar de saúde bucal irão organizar a agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade no período de intervenção priorizando as idades menores e as que não têm ainda a primeira avaliação feita.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de crianças de 6 a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde. As ACS junto ao dentista e os demais integrantes da equipe de saúde por meio de palestras nos encontros mensais com a comunidade realizarão esta ação.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo.

Ação: Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento das crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico.

Ação: Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência.

Esta ação será realizada pelo médico nas primeiras quatro semanas da intervenção por meio do caderno de atenção básica da saúde da criança, 2012, fazendo leitura, e análise com o estudo dos integrantes da equipe.

Objetivo 3. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança

Meta 3.1 Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). O médico cada semana vai revisar as fichas espelhos para avaliar as consultas em dia, o que ocorrerá nos quatro meses da intervenção.

Ação: Monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças. O médico cada semana vai revisar as fichas espelhos para avaliar as consultas realizadas, o que ocorrerá nos quatro meses da intervenção.

Ação: Monitorar as buscas a crianças faltosas. O médico cada semana vai revisar as fichas espelhos para avaliar as consultas em dia e identificar as crianças faltosas, o que ocorrerá nos quatro meses da intervenção com ajuda das ACS as quais agendam as consultas de puericultura e tem controle semanal das faltosas.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas o que será realizado pela enfermeira e as ACS no período da intervenção a cada semana com prévia informação do médico das faltosas priorizando as menores de 1 ano.

Ação: Organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas o que será realizado pela enfermeira e as ACS no período da intervenção cada semana agendando uma consulta diária para as crianças faltosas da semana anterior.

Engajamento público

Ação: Informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança. O médico em cada consulta de puericultura e nos grupos das gestantes falará da importância do acompanhamento periódico da criança e contará com ajuda das ACS. Ocorrerá no trabalho diário e será avaliado nos quatro meses da intervenção.

Qualificação da prática clínica

Ação: Fazer treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança. Será realizado pelo médico e pela enfermeira nas primeiras quatro semanas da intervenção fazendo leitura, análise e estudo do caderno de atenção básica Saúde da Criança, 2012.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 Manter registro na ficha de acompanhamento/espelho da saúde da criança de 100% das crianças que consultam no serviço.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde. Será realizada pelo médico e pela enfermeira revisando os prontuários e as fichas espelhos cada semana.

Organização e gestão do serviço

Ação: Preencher SIAB/folha de acompanhamento. Será realizado pela enfermeira e pela técnica de enfermagem cada dia no acolhimento das crianças de zero a 72 meses.

Ação: Implantar ficha de acompanhamento/espelho (da caderneta da criança). Será realizado pelo médico e pela enfermeira nas crianças cadastradas na ESF no período da intervenção.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações. Será realizado pelo médico e pela enfermeira, a cada semana durante os quatro meses da intervenção revisando as fichas espelhos e as cadernetas da criança nas consultas de puericultura.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros. Será realizado pelo médico e pela enfermeira a cada semana nos quatro meses da intervenção, revisando as fichas espelhos e as cadernetas da criança nas consultas de puericultura.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas. Será

realizado pelo médico, pela enfermeira e pelas ACS, cada mês nos encontros com as gestantes e com os grupos das comunidades cada mês em forma de palestras.

Qualificação da prática clínica

Ação: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde. Será feito pelo médico e a enfermeira nas primeiras duas semanas da intervenção fazendo leitura, análise e estudo do caderno de atenção básica Saúde da Criança, 2012.

Objetivo 5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência

Meta 5.1 Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade. Será realizado pelo médico e pela enfermeira revisando os prontuários e as fichas espelhos em cada semana.

Ação: Monitorar o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso. Será realizado pelo médico e pela enfermeira revisando os prontuários e as fichas espelhos em cada semana.

Organização e gestão do serviço

Ação: Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco. Será realizado pelo médico, pela enfermeira e pelas informações das ACS revisando os prontuários e as fichas espelhos cada semana que termina para planejar as consultas da semana seguinte priorizando estas crianças.

Ação: Identificar na ficha de acompanhamento/espelho as crianças de alto risco. Será realizado pelo médico e pela enfermeira revisando os prontuários e as fichas espelhos em cada semana.

Engajamento público

Ação: Fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância. Será realizado pelo médico em cada consulta de puericultura e nas visitas domiciliares, pela enfermeira e pelas ACS nas visitas

domiciliárias e cada mês nos encontros com as gestantes e com os grupos das comunidades em forma de palestras.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade. Será feito pelo médico e a enfermeira nas primeiras quatro semanas da intervenção fazendo leitura, análise e estudo do caderno de atenção básica Saúde da Criança, 2012.

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças

Meta 6.1 Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha de acompanhamento/espelho. Será realizada pelo médico e pela enfermeira revisando os prontuários e as fichas espelhos cada semana.

Organização e gestão do serviço

Ação: Definir o papel de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância. Será realizado pelo médico e pela enfermeira em cada reunião quinzenal realizada.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância. Será realizado pelo médico em cada consulta de puericultura e nas visitas domiciliares, pela enfermeira e pelas ACS, nas visitas domiciliárias e cada mês nos encontros com as gestantes e com os grupos das comunidades em forma de palestras.

Qualificação da prática clínica

Ação: Informar os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção. Será feito pelo médico e

enfermeira no segundo mês da intervenção fazendo leitura, análise e estudo do caderno de atenção básica Saúde da Criança, 2012.

Meta 6.2 Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar as atividades de educação em saúde sobre o assunto. Será realizado pelo médico e pela enfermeira colocando 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta no período da intervenção.

Ação: Monitorar o percentual de crianças que foi observado mamando na 1ª consulta. Será realizado pelo médico e pela enfermeira nas consultas de puericultura registrando que 100% das crianças foi colocado para mamar na primeira consulta de puericultura.

Ação: Monitorar a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos. Será realizado pelo médico e pela enfermeira revisando as fichas espelhos cada semana e comprovando junto as ACS nas visitas as crianças se a mãe realiza o aleitamento materno.

Organização e gestão do serviço

Ação: Definir o papel de todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno. Será realizado pelo médico e pela enfermeira em cada reunião quinzenal realizada, colocando a maior importância nesta ação as ACS, pois são as que têm mais tempo perto das crianças e conhecem as famílias de sua área de abrangência

Engajamento público

Ação: Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal. Será realizado pelo médico e pela enfermeira em cada reunião mensal realizada com as gestantes e pelas ACS em cada visita domiciliar realizada.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega". Será feito pelo

médico e enfermeira no segundo mês nas duas semanas da intervenção fazendo leitura, análise e estudo do caderno de atenção básica Saúde da Criança ,2012.

Meta 6.3 Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha de acompanhamento. Será realizado pelo médico e pela enfermeira revisando os prontuários e as fichas espelhos cada semana.

Organização e gestão do serviço

Ação: Definir o papel de todos os membros da equipe na orientação nutricional. Definir o papel de todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno. Será realizado pelo médico e pela enfermeira em cada reunião quinzenal realizada, colocando a maior importância nesta ação as ACS, pois são as que têm mais tempo perto das crianças e conhecem as famílias de sua área de abrangência

Engajamento público

Ação: Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças. Será realizado pelo médico e pela enfermeira em cada consulta de puericultura em cada visita domiciliar em forma de orientações e em cada reunião mensal realizada com os grupos das comunidades e pelas ACS em cada visita domiciliar realizada em forma de palestra.

Qualificação da prática clínica

Ação: Fazer a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança. Será feito pelo médico e enfermeira nas primeiras duas primeiras semanas da intervenção fazendo leitura, análise e estudo do caderno de atenção básica Saúde da Criança, 2012.

Meta 6.4 Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar as atividades educativas coletivas. Será realizado pelo médico e pela enfermeira cada mês

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola. Será realizado pelo médico e pela enfermeira e os gestores de saúde e educação municipal. Será realizada uma atividade por mês, pois temos quatro escolas na área de abrangência.

Ação: Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas. Será realizado pelo médico e pela enfermeira em cada reunião mensal da equipe.

Ação: Organizar todo material necessário para essas atividades. Será realizado pelo médico e pela enfermeira cada mês com prévia informação aos gestores municipais de saúde e educação para garantir esses materiais.

Ação: Organizar lista de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades. Será realizado pelo diretor das escolas e pela enfermeira em cada atividade realizada.

Engajamento público

Ação: Divulgar as potencialidades das ações trans. e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar; será realizado pela equipe de saúde que em cada mês fará a escolha de um integrante para intermediar informações com as escolas.

Ação: Promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças. Será realizado pelas ACS pelos diretores das escolas em cada reunião com os gestores municipais que serão feitas cada mês.

Ação: Promover a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças. Será realizado pelas ACS, pela enfermeira e pelo médico nas reuniões mensais que faz na creche com os familiares das crianças por meio de palestras e conversas.

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos. Será realizado pela cirurgiã dentista e pela auxiliar de saúde bucal em

cada consulta odontológica, no acolhimento de todos os usuários na ESF, e nos encontros com as comunidades que eles fazem cada mês em forma de palestras.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de 0 a 72 meses de idade. Será feito pelo médico e a enfermeira nas primeiras duas semanas da intervenção fazendo leitura análise e estudo do caderno de atenção básica Saúde da Criança, 2012.

Ação: Capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche. Será realizado pelo médico e pela enfermeira em forma de palestra bimensal

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança na Unidade Básica de Saúde

Meta 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 95% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Indicador 1.1 Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

Numerador: Número de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

Denominador: Número de crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança na UBS.

Meta 2.1 Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Indicador 2.1 Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

Numerador: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde com a primeira consulta na primeira semana de vida.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador 2.2 Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliados.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.3 Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Indicador 2.3 Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

Numerador: Número de crianças com déficit de peso monitoradas pela equipe de saúde.

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

Meta 2.4 Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Indicador 2.4 Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

Numerador: Número de crianças com excesso de peso monitoradas pela equipe de saúde.

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

Meta 2.5 Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador 2.5 Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.6 Monitorar 100% da vacinação das crianças de acordo com a idade.

Indicador 2.6 Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.

Numerador: número de crianças com vacinas em dia de acordo com a idade.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.7 Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Indicador 2.7 Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.

Numerador: número de crianças de 6 a 24 meses que receberam ou que estão recebendo suplementação de ferro.

Denominador: Número de crianças entre 6 e 24 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8 Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador 2.8 Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.9 Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Indicador 2.9 Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

Numerador: Número de crianças que realizaram o teste do pezinho até 7 dias de vida.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.10 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.

Indicador 2.10 Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.11 Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 2.11 Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada.

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das crianças de zero a 72 meses ao programa de Saúde da Criança.

Meta 3.1 Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Indicador 3.1 Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações do programa de saúde da criança existentes na Unidade Básica de Saúde.

Meta 4.1 Manter registro na ficha de acompanhamento/espelho da saúde da criança de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador 4.1 Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência de nossa UBS

Meta 5.1 Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador 5.1 Proporção de crianças com avaliação de risco.

Numerador: Número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças com a educação para saúde das mães e comunidade em geral.

Meta 6.1 Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Indicador 6.1 Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.2 Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Indicador 6.2 Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

Numerador: Número de crianças que foram colocadas para mamar durante a consulta de puericultura.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde primeira consulta de puericultura.

Meta 6.3 Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Indicador 6.3 Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação nutricional de acordo com a faixa etária

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.4 Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária

Indicador 6.4 Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Saúde da Criança de zero a 72 meses vamos adotar o Caderno de Atenção Básica: Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, 2012. Utilizaremos a caderneta da criança e a ficha espelho disponíveis na UBS. A Ficha não prevê a coleta de informações sobre: suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses, realização da triagem auditiva, realização do teste do pezinho, avaliação da necessidade de atendimento odontológico nem sobre a realização da primeira consulta odontológica.

Para coletarmos todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e o enfermeiro irão elaborar uma ficha complementar. Na intervenção pretendemos dar cobertura a 153 crianças por isso temos que procurar a ajuda da Secretária Municipal de Saúde para dispor das fichas espelho necessárias e para imprimir as 153 fichas complementares que serão anexadas as fichas-espelho. Para acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados, disponibilizada pela Universidade Federal de Pelotas (UFPeL).

Para organizar o registro específico do programa, o médico revisará os prontuários individuais identificando todas as crianças que vieram ao serviço para a consulta de puericultura nos últimos três meses e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, atenção odontológica, teste do pezinho, triagem auditiva e vacinas em atraso.

Os atendimentos as crianças de zero a 72 meses serão realizados nas consultas de puericultura que ocorrerá todos os dias da semana, serão disponibilizadas quatro vagas. Nas terças e quintas de manhã serão disponibilizadas uma vaga para as crianças faltosas identificadas cada semana e

uma para as crianças de risco identificadas na avaliação semanal e duas vagas para os agendamentos das consultas programáticas. Esses dias haverá vagas para as consultas programáticas dos outros grupos da população como, por exemplo, diabéticos, hipertensos, idosos e também vagas para a demanda espontânea.

A consulta será feita pela enfermeira que vai pesar a criança, medir altura, circunferência cefálica, circunferência torácica, comprovará se tem as vacinas em dia se foi feito o teste de pezinho e a triagem auditiva e realizará orientações de prevenção. No segundo momento da consulta o médico avaliará o Índice de Massa Corporal (IMC), avaliará o estado nutricional da criança, o desenvolvimento motor e neurológico fazendo uso e preenchendo a caderneta da criança em cada consulta e também avaliará se tem necessidade de avaliação da saúde bucal. Realizará o exame físico, dará sua formulação diagnóstica, indicará suplemento correspondente pela faixa etária, avaliando os fatores de risco. Realizará orientações para a mãe sobre a importância do aleitamento materno e da alimentação saudável, prevenção dos acidentes e outras muitas mais ações de prevenção. Ao final da consulta já será agendada a consulta de retorno pela faixa etária da criança seguindo as recomendações do MS, no caderno de Saúde Criança, 2012. O controle será feito pela enfermeira preenchendo o registro das consultas de puericultura e atualizando a ficha espelho.

A Análise Situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com equipe da ESF. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o caderno de Saúde da Criança para que toda a equipe utilize esta referência na atenção às crianças. Posteriormente, serão realizadas as seguintes capacitações:

- Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde.
- Capacitar a equipe sobre a importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida da criança;
- Realizar treinamento das técnicas para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança para a equipe de saúde, bem como a sua padronização;
- Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Estas capacitações ocorrerão na própria UBS, para isto será reservada 1 hora ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião quinzenal da equipe. Só temos um caderno de Saúde da Criança o que faz difícil o estudo individual dele pelos integrantes da equipe, porém a enfermeira e o médico exporão o conteúdo do caderno aos outros membros da equipe e em cada reunião será feito um debate dos temas estudados.

Em relação as capacitações referentes as ações de saúde bucal, organizamos as seguintes propostas:

- Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento das crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico.

- Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência.

A capacitação ocorrera na própria UBS, no horário das quintas férias as 15.00 horas, a cada quinze dias, nas reuniões da equipe de saúde. Os responsáveis serão o médico geral e a dentista através da leitura e estudo individual dos temas expostos.

Além dessas ações com a equipe de saúde serão feitas ações para sensibilizar a comunidade, tais como:

- Promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças;

- Promover a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças

- Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos,

- Informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular das crianças,

- Fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância.

Para isso iremos fazer contato com os líderes das comunidades de nossa área de abrangência e com os trabalhadores da creche Arco Iris que está localizada também em nossa área e contaremos com a ajuda da facilitadora do programa estadual Para uma infância melhor (PIM). Em cada encontro solicitaremos apoio da

comunidade no sentido de ampliar o número de crianças em consultas de puericultura e conseguir a captação dos recém-nascidos antes dos sete dias para a primeira consulta na Unidade de saúde e esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo etário. Os contatos acontecerão no horário das visitas domiciliares também com frequência quinzenal os responsáveis serão a enfermeira e o médico da equipe de saúde.

Para monitoramento da ação programática em minha ESF, tendo em conta que a enfermeira tem muitas responsabilidades, o médico semanalmente examinará as fichas espelhos das crianças identificando às mães faltosas a consulta de puericultura, as crianças que tem atraso nas vacinas, teste do pezinho, triagem auditiva, que não tem suplemento de ferro nem avaliação odontológica. As ACS farão busca ativa das mães faltosas e informarão as crianças novas que tem em sua área e agendarão a primeira consulta médica comunicando previamente com a enfermeira da equipe. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção estava prevista para acontecer durante 16 semanas conforme consta no cronograma do projeto, entretanto, foi necessário realizar uma readequação do tempo de intervenção, reduzindo para 12 semanas desde o 6/4/2015 até o 25/6/2015, visando adequá-la ao período de férias do coordenador do projeto. Apesar dessa redução do período da intervenção, nota-se que não houve prejuízos para a realização das ações e alcance das metas estipuladas.

Cada diário semanal da intervenção teve um título que tinha referência a uma vivência relacionada a implementação do projeto da intervenção, conforme aconteceu na primeira semana o qual intitulou-se “Desafio”, tornando-se um resumo da ideia da equipe acerca da intervenção que estava sendo implementada. Na segunda semana a equipe já tendo os conhecimentos atingiu o “Otimismo”. Outro título interessante foi “Ajudando”, do diário da semana quatro, referindo-se a ajuda de toda a equipe para que a intervenção fosse feita com qualidade. O título “Frio”, do diário da semana cinco, explicava a causa da pouca produtividade nas consultas de puericultura no começo do inverno na região Sul do país. Já terminando o projeto da intervenção os títulos das últimas semanas foram “Entardecer feliz” e “Festas juninas” mostrando o estado de ânimo da equipe em relação a importância do projeto de intervenção e como ele tem ajudado a melhorar a saúde das crianças.

Desde o mês de fevereiro de 2015 os atendimentos aos usuários de nossa área de abrangência estão sendo realizados no ginásio municipal como se fosse um acampamento de campanha, pois a UBS está sendo reconstruída e isso atrapalhou uma oferta integral de todas as ações do projeto para todas as crianças, devido a essa limitação da estrutura física.

Em nosso projeto de intervenção na UBS Boa Esperança do município Ronda Alta, RS tivemos facilidades para a sua implementação devido a organização de uma equipe unida, engajada com a atenção primária em saúde, com sentido de responsabilidade e de pertinência com a população na área de abrangência. Os gestores municipais de saúde apresentaram-se comprometidos com a melhoria da saúde do município e encontramos uma população alvo com carências de atenção médica, mas muito receptiva as mudanças no jeito de atuar da equipe em relação à promoção em saúde e prevenção.

Com essas fortalezas a maioria das ações previstas no projeto foi desenvolvida seguindo o cronograma da intervenção, por exemplo: o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática, a organização da agenda para acolher as crianças de zero a 72 meses e a elaboração da listagem das crianças de zero a 72 meses foi feito sem problemas na primeira semana. A orientação à população (antes de iniciar o atendimento) foi muito fácil, pois já era parte da rotina de trabalho na UBS. Só tivemos que incluir temas da saúde da criança e da importância da puericultura, sendo que as mães gostaram da abordagem realizada.

A reunião e capacitação com a equipe foi feita com sucesso com a periodicidade planejada salvo alguns imprevistos, mas o objetivo foi o desejado: maior conhecimento da equipe sobre a saúde das crianças. Ressaltamos que foi realizada a revisão dos prontuários, o monitoramento da intervenção, atualização das informações no SIAB. Foi priorizado o atendimento das crianças com problemas de peso, sobrepeso, baixo peso e os avaliados como de alto risco. Organizamos a agenda para o atendimento desta demanda semanalmente. Esta última ação também não teve dificuldade na implantação, pois só temos cinco casos de crianças com déficit de peso e três crianças com excesso de peso.

O atendimento clínico e avaliação dos parâmetros de acompanhamento da puericultura, vacinas, avaliação do IMC, desenvolvimento neuro psicomotor, segundo o protocolo, foram feitos sem dificuldades de qualidade, mas não obtivemos sucesso em quantidade planejada, ou seja, nas metas traçadas. Ainda temos muitas coisas por fazer, foram identificadas pela ACS as áreas territoriais que possuem crianças de zero a 72 meses e foi feita a busca ativa das crianças faltosas em sua totalidade, ou seja, em 100 % das crianças que faltaram a consulta agendada pelo médico ou enfermeira.

A equipe semanalmente em cada encontro com os grupos, nas visitas domiciliares e nas conversas com ACS, nas reuniões da equipe teve sempre como prioridade o intercâmbio com a comunidade sobre estratégias para não ocorrer atraso na primeira consulta de puericultura, abandono do aleitamento materno e para orientar a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas de puericultura.

Dentro das ações que no início da intervenção tiveram dificuldades, mas que foram resolvidas no caminhar do projeto com ajuda prévia através da solicitação aos gestores para melhorias foram: registro das necessidades de materiais para a realização com qualidade das consultas de puericultura (balança, antropômetro e fita métrica). Quando dei início a intervenção as fitas tinham mais de três anos de uso e a balança era arcaica. Já nas semanas posteriores tínhamos fitas novas e balança moderna digital.

O controle do estoque, incluindo validade, de sulfato ferroso e sua avaliação teve alteração no tempo de monitoramento de mensal para semanal por conta das dificuldades de existência na farmácia municipal do SUS. Porém, com a parceria da prefeitura com o gestor municipal foi providenciado um estoque especial para este fim e, neste momento, não temos problemas em relação ao sulfato ferroso.

As ações de organização da agenda da atenção à saúde bucal para atender as crianças de 6 a 72 meses e estabelecimento de prioridades de atendimento odontológico não foram realizadas em sua totalidade e nem com a qualidade requerida, em função de não estamos alocados no prédio oficial da ESF. A dentista e a técnica de saúde bucal estão engajadas com o projeto e são muito responsáveis. Concordam com o restante da equipe de que uma vez na Unidade de saúde nova não teremos dificuldades com a implementação dessa ação que faz parte de seu trabalho diário.

Outra ação com dificuldade em sua realização, mas que foi desenvolvida, foi a organização de um sistema de registro que viabilizasse situações de alerta quanto ao atraso na realização da primeira consulta antes dos sete dias de nascido e das consultas de puericultura em atraso tem relação com o tipo de parto e as distância das comunidades da área de abrangência. Na nossa região quase 100 % dos partos são feitos por cesárea e o período de recuperação do puerpério cirúrgico é mais prolongado que o normal. As comunidades do interior estão a mais de 40 km de distância da Unidade de saúde o que dificulta as mães comparecem a consulta nos

primeiros sete dias de vida de seus filhos. Esse problema é analisado em cada reunião, mas não será fácil de solucionar. É certo que a equipe nunca abandonará a busca de alternativas para vencer esta barreira em nosso trabalho do dia a dia, que é de suma importância na avaliação inicial do recém-nascido.

A triagem auditiva não é feita no hospital do município, desta forma, a secretaria de saúde contratou os serviços do hospital de um município próximo, 36km de distância. O exame é agendado conforme as mães fazem a inscrição das crianças e solicitam o cartão SUS, tem famílias com necessidades econômicas que não procuram ajuda do município e permanecem com atraso desse exame da criança. A equipe de saúde tem buscado solucionar de imediato com ajuda das ACS e os gestores municipais de saúde essa situação para providenciar o traslado conseguir que 100% das crianças tenham realizado triagem auditiva antes do primeiro mês de nascido.

Á em relação ao teste do pezinho este é feito no laboratório da secretária de saúde, mas as puérperas voltam para suas casas com 48h de após o parto, o que não permite que as mães façam o teste do pezinho antes dos primeiros sete dias de nascidas, pois encontram as seguintes dificuldades: a geografia/localização das comunidades, acessibilidade das estradas, distância de mais de 30km do seu domicílio para a UBS. É importante ressaltar que mais de 90% dos partos são feitos por cesárea, o que ocasiona uma recuperação da puérpera mais lenta, desta forma, a soma de todos esses fatores juntos atrapalham a realização do exame.

Estamos trabalhando da mesma forma para dar solução a essa situação em parceria com o trabalho mais próximo com as ACS, ofertando um controle maior dos recém-nascidos pela equipe de saúde.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações planejadas foram realizadas integralmente ou parcialmente, conforme já relatado no item acima.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

As dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores

foram subjetivas e esclarecidas na medida que foi avançando o projeto da intervenção com ajuda sistemática, oportuna e esclarecedora de minha orientadora do projeto da intervenção. Graças a isso o projeto teve continuidade e qualidade.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Com a certeza de que nenhuma obra humana é perfeita e sempre tem motivo de análises e retificação, os aspectos que serão adequados e melhorados para a incorporação das ações previstas no projeto é de que haja a continuidade da ação programática como rotina. Mesmo com a finalização do curso acredito que não será difícil, pois a equipe encontra-se engajada desde a apresentação do projeto da intervenção e durante todo o trabalho a cada semana realizada.

Toda a equipe, neste momento, tem o planejamento semanal do plano de trabalho a saúde da criança e a puericultura como sua principal ação programática, pois a intervenção mostrou essa importância na vida da população alvo de nossa área de abrangência. A ideia de promoção e prevenção hoje é saúde e qualidade de vida no futuro imediato, pois acredito que já está sendo motivos de mudanças no jeito de olhar e pensar quando se fala de atenção primária em saúde. Por isso a continuidade de nosso trabalho vai ser garantida daqui para frente. Minha equipe acredita nessa afirmação:

TODO FUTURO TEM QUE SER MELHOR.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou sobre a melhoria da atenção à Saúde da Criança de zero a 72 meses, na UBS Boa Esperança, Ronda Alta/RS. No levantamento realizado antes da intervenção foi verificado que a população estimada e de 2.553 habitantes com: 708 famílias espalhadas em 12 comunidades do interior, as quais são monitoradas pelas ACS, sendo que a estimativa do SIAB para essa faixa etária foi de 161 crianças.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança.

Meta 1.1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 95% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Indicador 1.1 Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

Foi estabelecida como meta ampliar a cobertura da atenção à saúde para 95% das crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde. A partir de uma análise progressiva da cobertura temos no primeiro mês 37 (23%) crianças cadastradas no programa, no segundo mês 68 crianças representando (42,2%) e no terceiro mês 88 crianças inscritas, totalizando (54,7%), conforme figura 1.

Alcançamos ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita inferior ao esperado.

Observamos que o número de crianças inscritas foi se incrementando com o desenvolvimento da intervenção, mas não cumprimos os objetivos propostos, isto foi devido ao tempo da intervenção que foi reduzido quatro semanas, totalizando 3 meses de intervenção. Também incidiu neste resultado que a saúde da criança em nossa UBS não estava sendo planejada corretamente antes da intervenção. As

consultas de puericulturas não eram programáticas, as mães não conheciam a importância dela e as crianças dessa faixa etária participavam da consulta como demanda espontânea. Não existia controle de crianças faltosas, pois não existiam supervisão do programa de saúde da criança. A partir da implementação do projeto de intervenção tudo isso mudou para melhor, a cada mês da intervenção e será desse jeito daqui para frente em nossa UBS.

A ação que nos auxiliou na captação das crianças foram as visitas domiciliares realizadas pelos ACS com muitos anos de experiência residentes na área, que realizaram busca de crianças de zero a 72 meses. Outra ação importante foi no engajamento público através da orientação a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios.

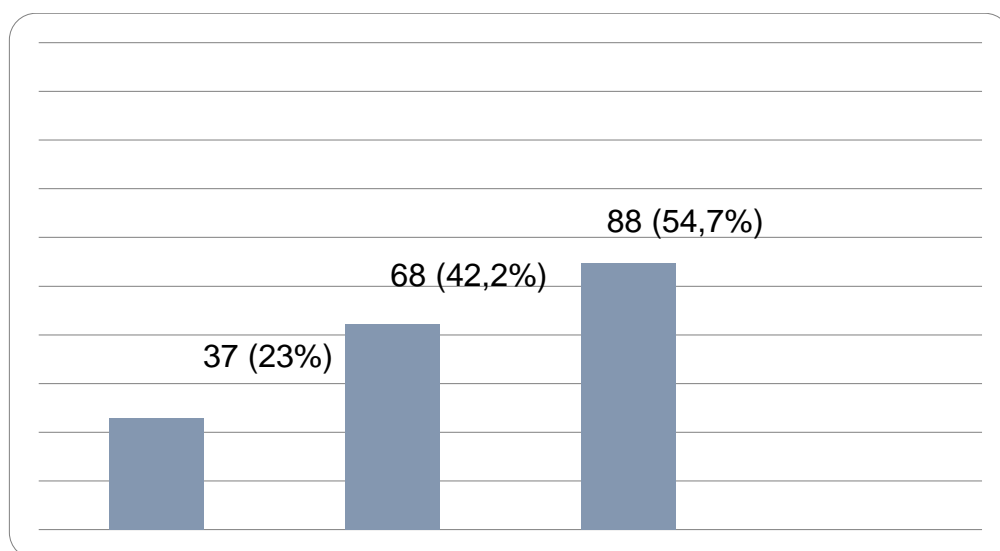


Figura 1. Proporção de crianças entre zero e 72 meses
Inscritas no programa da unidade de saúde

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 2.1. Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Indicador 2.1. Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

Em relação a meta realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas, durante o primeiro mês a proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida foi de 19 crianças (51,4%). No segundo mês 29 crianças tinham feita a primeira consulta antes dos

sete dias de nascida (42,6%) e no terceiro mês da intervenção 44 crianças (50%), conforme a figura 2.

Analizando as metas para melhorar a qualidade do atendimento à criança temos que comentar que o controle e supervisão do programa de saúde da criança começou a dar os primeiros passos com nosso seguimento e avaliação da intervenção. Por isso, os dados que foram inseridos na planilha corresponde à avaliação de um seguimento de crianças que não foram registrados anteriormente.

As crianças inscritas no programa com mais de sete dias de nascidas foram a maioria e para isso precisavam da informação dos seus cuidadores que nem sempre lembravam dessa informação. Nossa ação para mudar os resultados dessa meta foi o trabalho com os grupos de gestantes explicando às mães a importância da puericultura e especificamente da primeira consulta, na qual avalia a saúde da criança e busca iniciar um acompanhamento do desenvolvimento dos recém-nascidos.

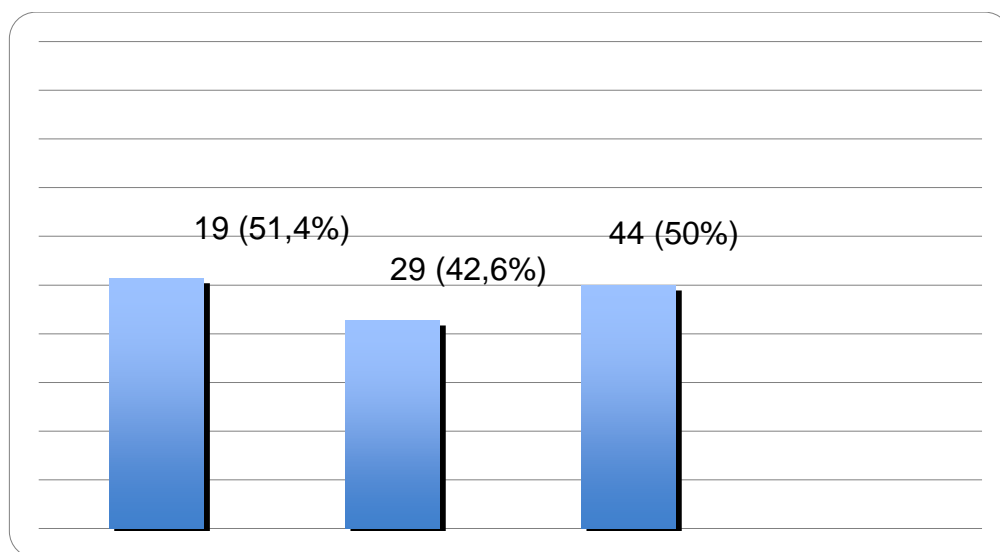


Figura 2. Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida

Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador 2.2. Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Em relação a meta monitorar o crescimento em 100% das crianças no primeiro mês a proporção de crianças com monitoramento do crescimento foi de 20 (54,1%), no segundo mês foi de 44 (64,7%) crianças e no terceiro mês da

intervenção 64 crianças tinham monitoramento do crescimento (72,7%), conforme a figura 3. Conforme já mencionei a principal dificuldade no início do projeto da intervenção foi que as consultas de puericultura não eram feitas na UBS. A saúde das crianças não era monitorada e avaliada, desta forma, a maioria das crianças que foram inscritas no programa durante o primeiro mês só tinham uma consulta de puericultura e, outras crianças, nem prontuário individual tinham. Por isso, a porcentagem foi muito baixa, contudo, irá aumentar com o desenvolvimento dessa ação ao longo do tempo.

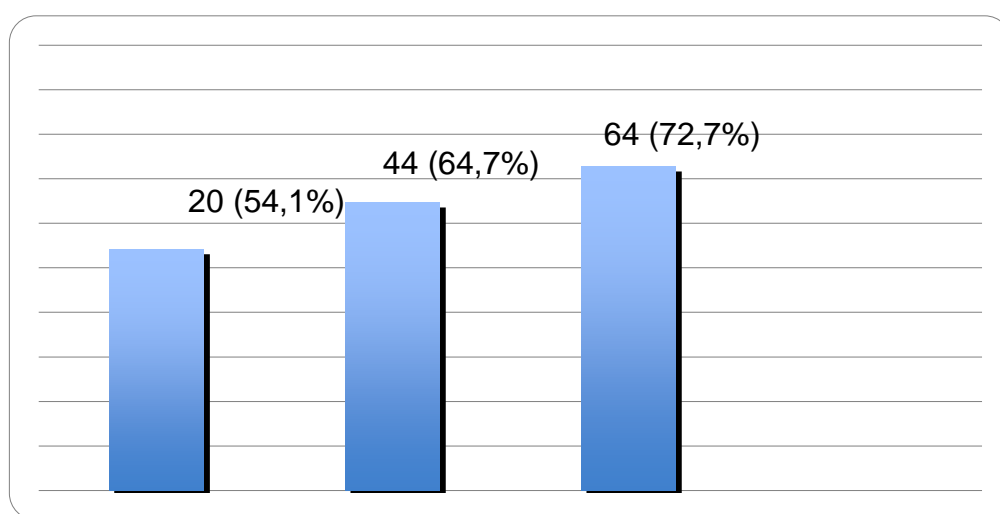


Figura 3. Proporção de crianças com monitoramento de crescimento

Meta 2.3. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Indicador 2.3. Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

Analisando a meta monitorar 100% das crianças com déficit de peso, no primeiro mês só uma criança tinha déficit de peso e seu acompanhamento é realizado pelo médico pediatra privado e esta criança nunca realizou a consulta de puericultura em nossa UBS. No segundo mês, três crianças tiveram déficit de peso e foram acompanhadas pela equipe de saúde equivalendo a 100% e no terceiro mês cinco crianças tiveram déficit de peso e foram avaliadas em consulta de puericultura em nossa ESF totalizando 100% nesses dois últimos meses, conforme a figura 4.

As facilidades que encontramos para conseguir o resultado foram o trabalho dedicado das ACS e as ações de promoção em saúde para as mães com crianças com esse problema de desnutrição. As mães foram muito disciplinadas e não faltaram as consultas, além disso, a parceria com a nutricionista e o pediatra para

melhor seguimento e tratamento das crianças com baixo peso foi um diferencial positivo para o alcance desse resultado.

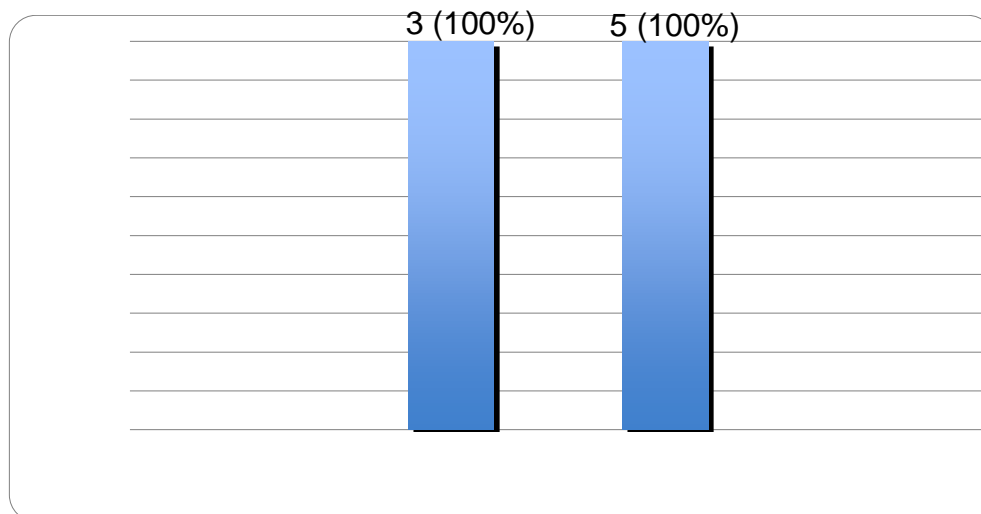


Figura 4. Proporção de crianças com déficit de peso monitorado

Meta 2.4. Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Indicador 2.4. Proporção de crianças com excesso de peso monitorado.

A meta monitorar 100% das crianças com excesso de peso teve problema na execução e na avaliação no primeiro mês, pois a criança tinha seguimento pela nutricionista e não pela UBS o qual foi informado quando foi inscrita ao programa. No segundo e terceiro mês da intervenção tivemos três crianças com excesso de peso e em parceria com a nutricionista do NASF acompanhamos na Unidade de saúde com as consultas de puericultura totalizando 100%, conforme a figura 5.

No primeiro mês a falta de comunicação entre a equipe do NASF e a equipe da UBS foi a dificuldade para localizar essas crianças e orientar seus responsáveis que elas deveriam ser acompanhadas pela equipe da UBS também. A facilidade encontrada foi o compromisso dessas responsáveis em manter o acompanhamento dos seus filhos com a equipe da UBS, valorizando desta forma, o atendimento de puericultura.

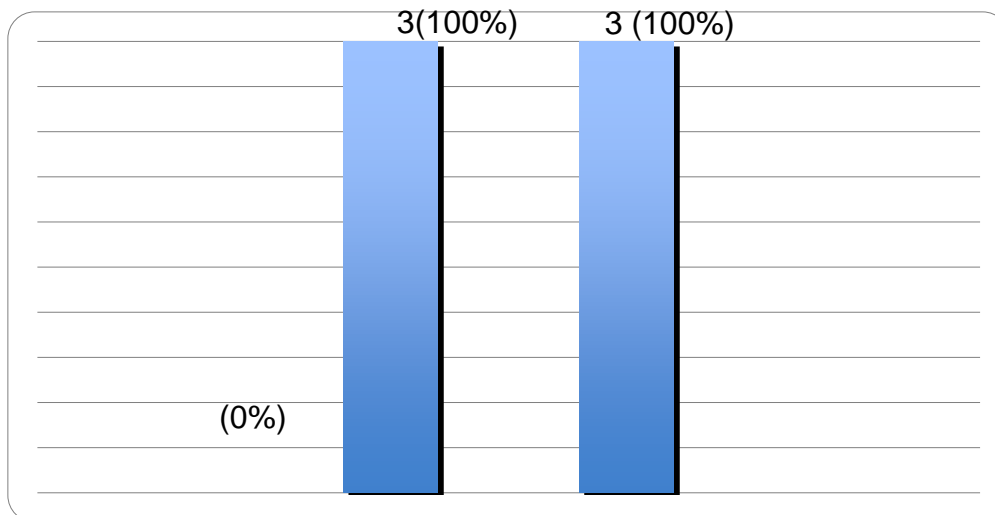


Figura 5. Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas

Meta 2.5. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador 2.5. Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Em relação a meta monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças no primeiro mês foi realizado para 19 crianças (51,4%), no segundo mês o resultado foi melhorando com um total de 43 crianças (63,2%) e terceiro e último mês da intervenção 63 crianças (71,6%) tiveram o monitoramento do desenvolvimento em dia, conforme a figura 6.

A principal dificuldade no início da intervenção foi que as consultas de puericultura não eram feitas na ESF. A saúde das crianças não era monitorada e nem avaliada. Por disso, a maioria das crianças que foram inscritas no programa durante o primeiro mês só tinham uma consulta de puericultura e outras nem prontuário individual. Desta forma, não conseguimos atingir a meta de crianças com o monitoramento de desenvolvimento, mas observamos que vem crescendo gradativamente esta ação realizada pela equipe.

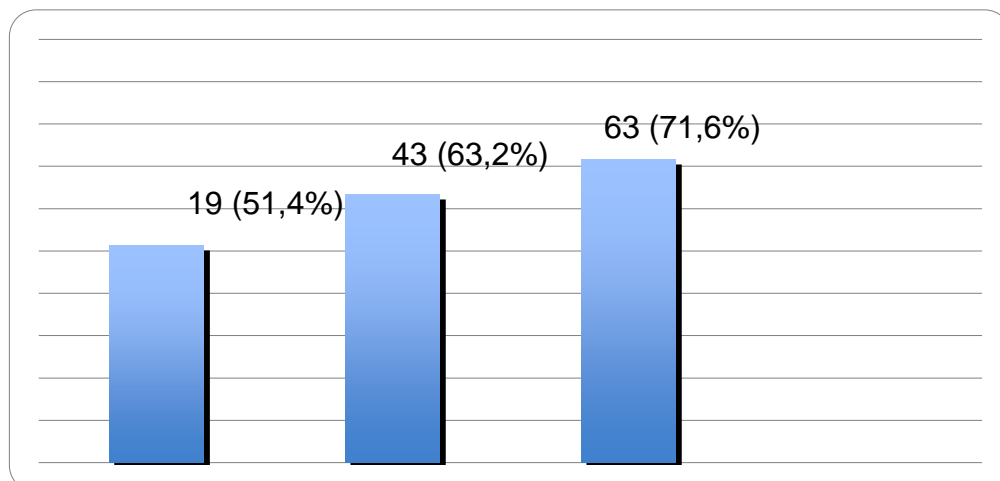


Figura 6. Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento

Meta 2.6. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Indicador 2.6. Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.

Em relação a meta monitorar 100% da vacinação das crianças de acordo com a idade, no primeiro mês as 37 crianças inscrita no programa tinham as vacinas em dia (100%), no segundo mês só 3 crianças de 68 inscritas tiveram atraso (95,6%), dificuldade que foi finalmente resolvido. No terceiro mês de 88 crianças inscritas no programa só uma criança teve atraso no esquema vacinal (98,9%), conforme a figura 7.

Os resultados de trabalho no cumprimento dessa meta foram bons, pois foram feitas ações de monitoramento e avaliação do percentual de crianças com vacinas atrasadas e monitoramento do percentual de crianças com vacinação incompleta. Durante os atendimentos de puericultura e nas atividades de engajamento público orientamos aos pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança, o que contribuiu para os resultados positivos dessa tarefa muito próximos a meta inicial.

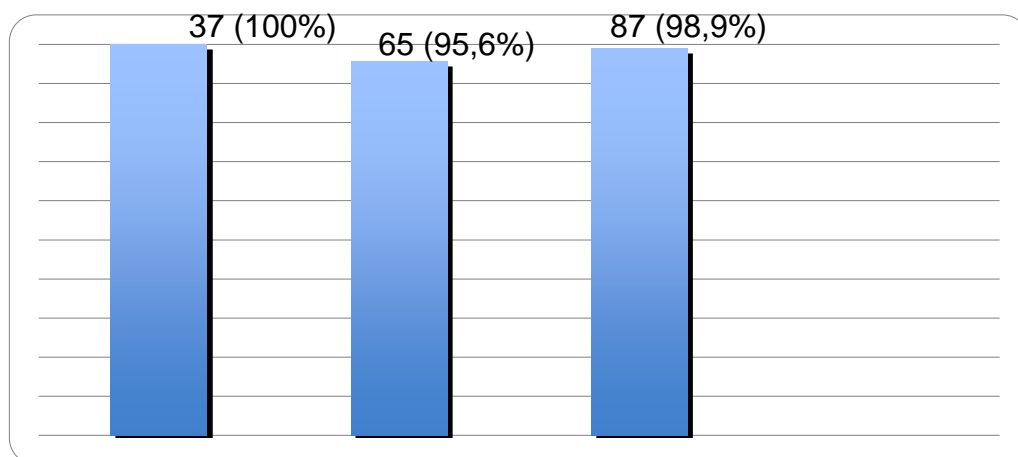


Figura 7. Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade

Meta 2.7. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Indicador 2.7. Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.

Analizando a meta realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses, no primeiro mês tínhamos 13 crianças de 6 a 24 meses e 10 realizaram a suplementação de ferro (76,9%), no segundo mês de 19 crianças, 16 tinham suplemento de ferro (84,2%) e no terceiro mês de 25 crianças, 22 (88%) tinham a suplementação de ferro, conforme a figura 8.

Não tivemos os resultados que aguardávamos, o primeiro motivo foi a não existência na farmácia da secretaria de saúde desta medicação, o qual foi resolvido quando procuramos a ajuda dos gestores municipais de saúde. A segunda barreira foi que a população em geral e as mães, especificamente, não acreditavam na importância da prevenção da anemia por déficit de ferro nessa faixa etária, por isso, as ações de engajamento público como orientar pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro foram realizadas para melhor dialogar com a comunidade sobre a importância deste uso, com isso, tivemos resultados positivos durante a implementação da intervenção, mesmo não atingindo meta.

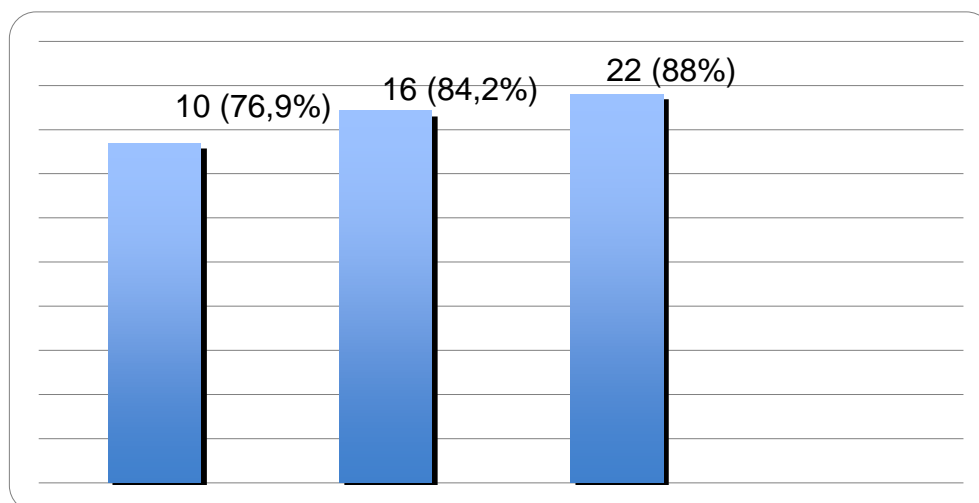


Figura 8. Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro

Meta 2.8. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador 2.8. Proporção de crianças com triagem auditiva.

Em relação a materializar triagem auditiva em 100% das crianças, no contexto do município a triagem auditiva não é feita no Hospital do município pois a secretaria tem contratado os serviços do hospital de um município próximo, há 36km de distância. O exame é agendado conforme as mães fazem a inscrição de seus filhos e solicitam o cartão SUS, mas acredito que outra das causas que impediram que 100% das crianças não tenham feito o triagem auditiva é a pouca informação da importância do teste para a população, os gestores públicos de saúde e equipe de saúde em geral.

Obtivemos os seguintes resultados: no primeiro mês as crianças com a triagem auditiva foi 21 (56,8%), no segundo mês 40 crianças tinham feito a triagem auditiva (58,8%) e no terceiro mês 59 crianças (67%), conforme a figura 9. Tivemos que realizar ações de engajamento público, tais como, orientar pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste. O resultado está muito longe da meta inicial, mas com uma tendência a aumentar cada mês, pois acreditamos que a saúde da criança com todas suas metas vai ter continuidade após o período do projeto.

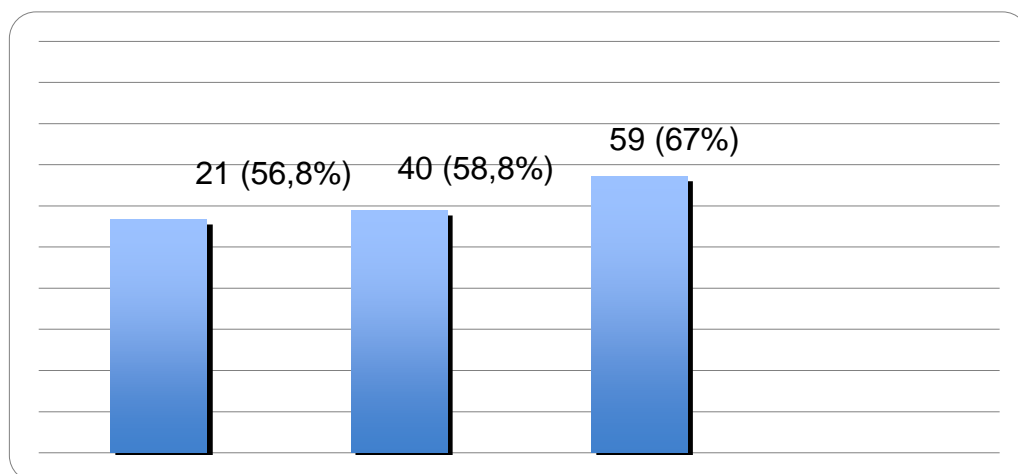


Figura 9. Proporção de crianças com triagem auditiva

Meta 2.9. Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Indicador 2.9. Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

Analisando os resultados da meta no primeiro mês 36 crianças tinham realizado o teste do pezinho nos primeiros 7 dias de nascidos (97,3%), no segundo mês 62 crianças (91,2%) e no terceiro mês 81 (92,2%), conforme a figura 10.

As causas objetivas que poderão ser resolvidas para melhorar esse indicador podem ser através do engajamento dos gestores municipais de saúde e o engajamento das mães e da população, pois o conhecimento em saúde aumenta a responsabilidade própria e num tema tão sensível como a saúde das crianças nessa primeira semana de vida, acredito que os resultados serão muito próximo a 100% da meta inicial no futuro bem próximo.

Faz-se necessário articular com os ginecologistas e o laboratório da secretaria de saúde para não permitir que as mães retornem a suas casas sem fazer o teste do pezinho, pois a geografia das comunidades, como acessibilidade pelos caminhos de chão e distância de mais de 30 km da maioria delas a Unidade de saúde dificulta cumprir essa meta.

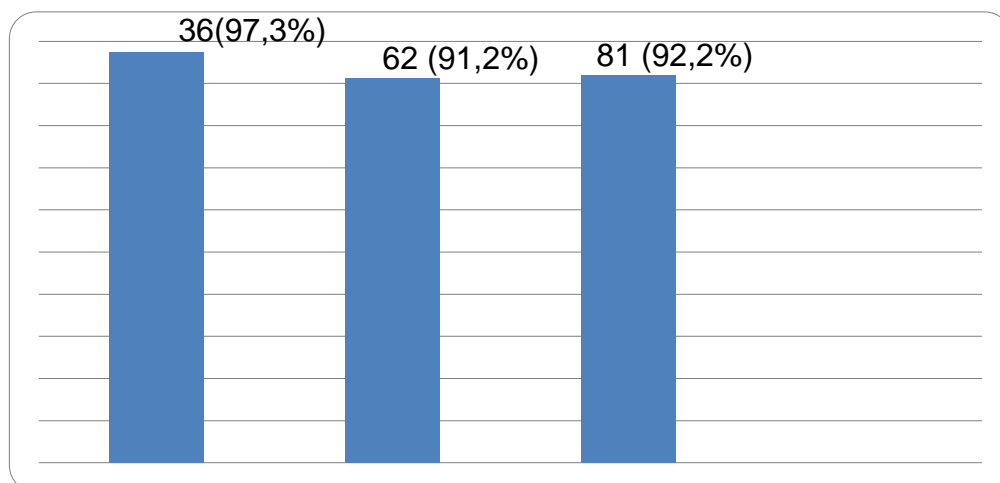


Figura 10. Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida

Meta 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.

Indicador 2.10. Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Em relação a meta realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses os resultados mostram que no primeiro mês 23 crianças tinham feita avaliação da necessidade de atendimento (95,8%), no segundo mês 47 (94%) e no terceiro mês 65 crianças (94,2%), conforme a figura 11.

Esses resultados só mostram os dados coletados dos prontuários individuais e as carteirinhas das crianças que não tinham seguimento pela equipe e que foram inscritas no período da implementação do projeto de intervenção. Na realidade do dia a dia à avaliação da necessidade de atendimento odontológico é feito em cada consulta de puericultura e agora é monitorado e avaliado pelo projeto de intervenção.

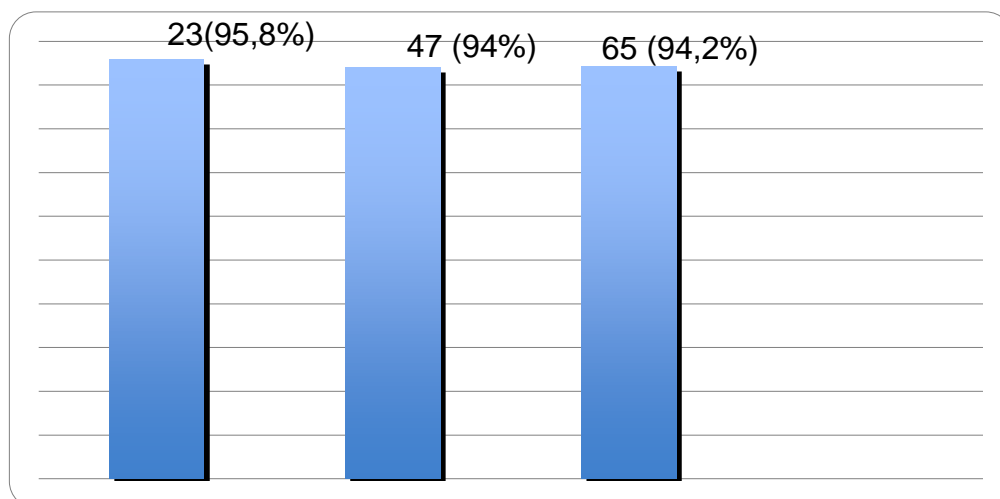


Figura 11. Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico

Meta 2.11. Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 2.11. Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

Em relação aos resultados os dados encontrados foram: no primeiro mês 14 crianças tinham realizada a primeira consulta odontológica (58,3%), no segundo mês da intervenção 34 crianças (60,8%) e no terceiro mês 46 crianças com a primeira consulta odontológica feita (66,7%), conforme a figura 12. Não conseguimos atingir a meta proposta inicialmente de 100% desta ação para todas as crianças de 6 a 72 meses de idade de nossa área de abrangência.

As ações de organização da agenda da atenção à saúde bucal para atender as crianças de 6 a 72 meses e estabelecimento de prioridades de atendimento odontológico não foram realizadas em sua totalidade e com a qualidade requerida em função de não estamos alocados no prédio oficial da UBS. Desde o mês de fevereiro de 2015 os atendimentos aos usuários de nossa área de abrangência estão sendo realizados no ginásio municipal como se fosse um acampamento de campanha, pois a UBS está sendo reconstruída e isso atrapalhou toda a dinâmica de comunicação e avaliação desta ação.

Como fortalezas que ajudarão a melhorar esses resultados a dentista e a técnica de saúde bucal estão engajadas com o projeto e são muito responsáveis.

Concordam com o restante da equipe de que uma vez na Unidade de saúde nova não teremos dificuldades com a implementação dessa ação que faz parte de seu trabalho diário.

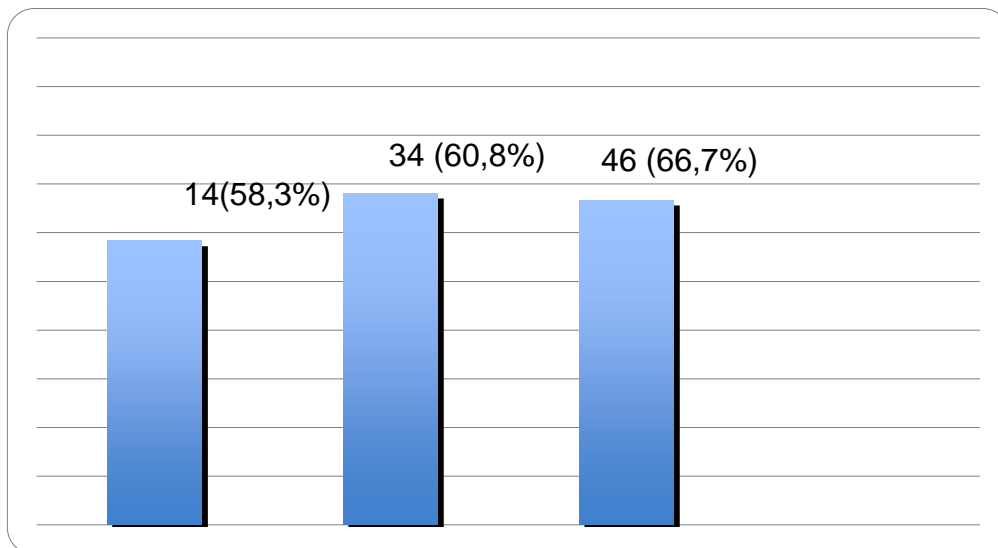


Figura 12. Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica

Objetivo 3. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança

Meta 3.1. Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Indicador 3.1. Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

A meta para melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança foi fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas. No primeiro mês tiveram 15 crianças faltosas e foi feito a busca ativa das 15 (100%), do mesmo jeito aconteceu no segundo mês com 32 crianças faltosas e 32 buscas ativas (100%) e no terceiro mês 55 faltosas e 55 buscas ativas (100%).

As ações que permitiram atingir a meta proposta foram as ações de engajamento público, pois a comunidade e às mães foram informadas sobre a importância do acompanhamento regular da criança. Além disso, os conhecimentos das ACS de sua área de abrangência foram determinantes nos resultados positivos da meta.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter registro na ficha de acompanhamento/espelho da saúde da criança de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador 4.1. Proporção de crianças com registro atualizado.

Em relação a meta manter registro na ficha de acompanhamento/espelho da saúde da criança de 100% das crianças que consultam no serviço, no primeiro mês foi de 17 crianças com registro atualizado (45,9%), no segundo mês 36 crianças tinham o registro atualizado (59,2%); no mês 3 o número de crianças com registro atualizado foi 57 (64,8%), conforme a figura 13.

Ficamos muito abaixo do planejado, pois no momento de coletar os dados das carteirinhas e os prontuários individuais como não tínhamos o seguimento da saúde da criança saudável pelas consultas de puericultura muitas crianças não tinham nem ficha espelho nem fichas de acompanhamento. Após serem inscritas, o registro foi atualizado para um melhor acompanhamento da criança na unidade de saúde, o que ajudará no futuro próximo para obter melhores resultados e próximos aos propostos na meta inicial.

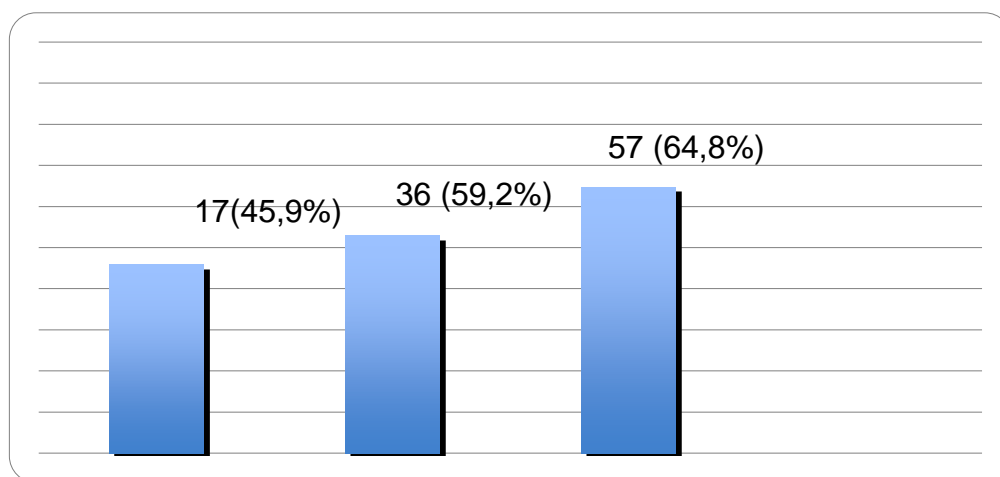


Figura 13. Proporção de crianças com registro atualizado

Objetivo 5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência

Meta 5.1. Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador 5.1. Proporção de crianças com avaliação de risco.

Para mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência no primeiro mês da intervenção 36 crianças tinham realizado a avaliação do risco segundo o registro da carteirinha da criança (97,3%), no segundo mês 67 crianças estavam avaliadas (98,5%) e no terceiro mês 87 crianças (98,9%), conforme a figura 14.

Apesar de que não alcançamos 100% como foi o planejado, os resultados foram positivos graças às ações desenvolvidas com esses fins como na prática clínica como a capacitação feita nas primeiras semanas da implantação do projeto de intervenção nas reuniões da equipe de saúde dos profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade das crianças de zero a 72 meses.

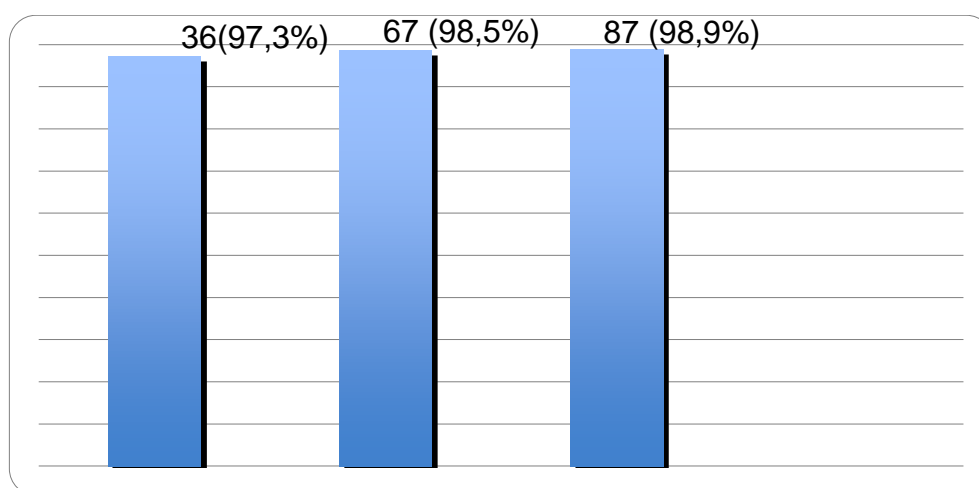


Figura 14. Proporção de crianças com avaliação de risco

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças

Meta 6.1. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Indicador 6.1. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

Em relação a meta dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança, no primeiro mês 37 mães receberam orientações sobre a prevenção de acidentes na infância (100%), no segundo mês 68 mães (100%) e no terceiro mês 88 mães (100%). Conseguindo atingir a meta proposta pois foram desenvolvidas ações na gestão e organização do serviço como definir o papel de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância, ação no engajamento público, tais como, orientar a comunidade sobre

formas de prevenção de acidentes na infância e ações na prática clínica como, informar os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção.

Meta 6.2. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Indicador 6.2. Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

Em relação a meta colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta, no primeiro mês 24 crianças foram colocadas para mamar na primeira consulta (64,9%), no segundo mês da intervenção 46 crianças foram colocadas para mamar (67,6%) e no terceiro mês foram colocadas para mamar na primeira consulta 63 crianças (71,6%), conforme a figura 15.

Os dados não mostram a realidade e facilidade como se pode cumprir a meta pois é só falar para a cuidadora a importância do aleitamento materno exclusivo e mostrar para ela a técnica correta colocando a criança para mamar. Mas quando as crianças foram inscritas no programa algumas mães não lembraram essa informação e não tem por escrito a prova de que foi colocada ou não para mamar na primeira consulta. Os resultados mostram deficiências anteriores a nossa intervenção. Durante a intervenção 100% das crianças que assistiram a primeira consulta programática na primeira semana de vida foram colocadas para mamar.

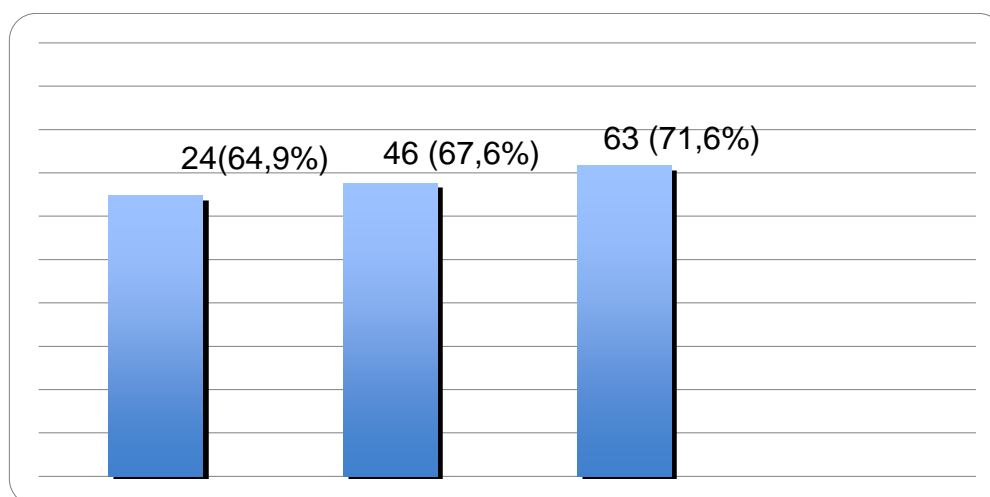


Figura 15. Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

Meta 6.3. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Indicador 6.3. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Meta 6.4. Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária

Indicador 6.4. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

Em relação a meta fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças e a meta fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária os resultados foram os seguintes: durante o primeiro mês o número de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária e orientações sobre a higiene bucal, etiologia e prevenção da carie foi de 37 (100%), no segundo mês esse número de crianças foi de 68 (100%) e no terceiro mês foi de 88 (100%).

As ações realizadas para alcançar essas metas atingidas ao início da intervenção foram no engajamento público, tais como, orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças, divulgar as potencialidades das ações trans. e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar, promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, promover a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças e esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

4.2 Discussão

A intervenção em minha unidade de saúde propiciou que as diretrizes do programa da atenção a saúde das crianças fossem realizadas como parte do planejamento do trabalho diário da equipe, pois anterioridade não tinha continuidade, nem qualidade e avaliação das ações realizadas. Ocorreu a ampliação da cobertura das crianças inscritas no programa, embora a meta inicial não tenha sido atingida, os resultados foram positivos tendo em consideração o pouco tempo da intervenção. Outro resultado positivo foi a capacitação de todos os integrantes da

equipe em relação à saúde da criança elevando a qualificação profissional, o qual teve impacto na qualidade das consultas de puericultura e na avaliação integral das crianças.

É importante ressaltar que houve um incremento na organização dos registros, cadastros e fichas espelhos das crianças. Foram atualizados igualmente os registros das ACS. A saúde bucal mudou, pois só era feita ações com a periodicidade adequada nas escolas e na creche. Com a intervenção a dentista começou as consultas programáticas para todas as crianças a partir dos 6 meses até 72 meses que não frequentavam a creche. A realização do teste do pezinho e o teste da orelhinha foram avaliados em cada consulta e a equipe toda teve conhecimentos da importância deles para a saúde da criança.

Para a equipe a intervenção teve muita importância pois exigiu que a mesma se capacitasse para seguir as indicações do MS as quais estão bem desenvolvidas no caderno de atenção à saúde da criança. Antes da intervenção as consultas de puericultura não eram valorizadas como parte do planejamento do trabalho na UBS. Esta atividade do processo da intervenção promoveu ainda mais o trabalho integrado do médico, da enfermeira, das técnicas de enfermagem, da dentista e da técnica de saúde bucal.

Tudo foi planejado da seguinte forma: o agendamento das consultas é realizado pelas ACS, o acolhimento e o triagem feitos pela enfermeira e técnicas de enfermagem, a consulta de puericultura feita pelo médico, as ações de saúde bucal feitas pela dentista e técnica de saúde bucal e as orientações a mãe realizadas por todos os integrantes da equipe de saúde. Isto acabou tendo impacto na atenção de todos os grupos de atenção na UBS, como nos pacientes de HIPERDIA, as gestantes, os grupos da terceira idade e no grupo de apoio aos pacientes com dependência ao álcool.

A importância que teve a intervenção para o serviço foi a organização dos agendamentos, a realização das consultas programáticas pelo programa de atenção à saúde das crianças, a sistematização da revisão dos prontuários, as carteirinhas das crianças e conhecer o significado e a importância dos dados coletados em cada consulta para uma correta avaliação da saúde da criança. Antes da intervenção esse controle não existia, as consultas eram feitas como demanda espontânea e as atividades de atenção à saúde eram concentradas no médico. A intervenção reviu as

atribuições da equipe viabilizando mais crianças inscritas no programa, a melhoria do registro e agendamento dos atendimentos.

Para a comunidade a intervenção teve muita importância, a população em geral e as mães em específico não olham para as consultas de puericultura com o significado que realmente possui. Todas as mães das crianças que tem seguimento na UBS demonstraram satisfação com os conhecimentos e orientações do médico e enfermeira, todas concordaram sobre a importância que tem para a saúde da crianças a avaliação periódica do desenvolvimento, do peso, das vacinas, da saúde bucal e da promoção a saúde para evitar as doenças no futuro.

A intervenção está bem estruturada e organizada, tem seguido os princípios e diretrizes do SUS. Desta forma, não passaria ou faria nada diferente, só tentaria cumprir com o tempo da intervenção incluindo mais meses para conseguir as metas com mais qualidade. Faltou mais contato com a população, pois nos grupos comunitários a assistência não é muito alta e a maioria são pacientes idosos, as mães geralmente ficam em casa cuidando das crianças. Estas dificuldades serão vencidas, pois a equipe está engajada com a intervenção e os resultados de trabalho, também está integrada e mais unida, além disso, a intervenção já forma parte da rotina da UBS o que é uma fortaleza para obter resultados positivos no futuro próximo.

Como já foi discutido anteriormente, a intervenção desde sua implementação forma parte da rotina do serviço da UBS e continuará desse jeito no futuro. Dentre as propostas de melhorias pretendemos ampliar a conscientização dos gestores municipais de saúde e da população de nossa área de abrangência da importância da saúde das crianças e das consultas de puericultura. Ainda temos muitas coisas por fazer, mas a equipe está otimista em ter resultados satisfatórios. Os próximos passos incluirão, após a reestruturação das micro áreas de abrangência das ACS, aumentar a cobertura das crianças inscritas no programa e, tomando como exemplo este projeto, pretendemos também implementar o programa de atenção à saúde da mulher.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado gestor,

Como parte do curso de especialização em Saúde da Família, promovido pela UNASUS e em parceria com a UFPEL e com o Programa Mais Médicos do Ministério da Saúde foi organizado um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a saúde das crianças de zero a 72 meses da Unidade Básica de Saúde Boa Esperança. O projeto estava para ser realizado no período de 16 semanas, mas foi reduzido para 12 semanas devido ao período de férias do coordenador do projeto, o médico do Programa Mais Médico para o Brasil. Diante deste fato, a realização de algumas ações trouxe irregularidades sobre o cumprimento das metas propostas no projeto.

No início do projeto de intervenção a meta foi ampliar a cobertura da atenção à saúde para 95% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde. Essa meta não foi atingida, mas conseguimos atingir em três meses de realização da puericultura na UBS 88 crianças na faixa etária de 0 a 72 meses (54,7%). Embora a cobertura almejada ficasse distante da meta desejada, a equipe de saúde está otimista com o trabalho desenvolvido, o qual já forma parte do planejamento do serviço de atenção as crianças. Desejamos utilizar este projeto como exemplo a ser implementado para outros programas com o mesmo controle e avaliação periódica dos resultados.

Em nosso serviço da unidade de saúde as consultas de puericultura não eram feitas com a periodicidade orientada pelo caderno de atenção as crianças do Ministério de Saúde e a qualidade também não estava adequada.

Para a população das comunidades e as crianças esse projeto de intervenção trouxe melhoria da qualidade do seguimento o que significa mais saúde,

ações como o acompanhamento do peso que foi realizado para 100% das crianças cadastradas, acompanhamento do desenvolvimento psicomotor realizado para 63 crianças 71,6%, a atualização das vacinas para 87 crianças (98,9%), indicação do suplemento de ferro de 6 a 24 meses para 22 crianças (88%), realização do teste de pezinho para 81 crianças (92%) e o teste de orelhinha para 59 crianças (67%).

A avaliação do risco foi realizada para 87 crianças (98,9%), a avaliação das necessidades de atendimento odontológico foi realizada para 65 crianças (94,2%) e a realização da primeira consulta após dos 6 meses de um jeito programático foram acolhidas pelas mães com muita aceitação pois compreenderam a importância para seus filhos, sendo assim, realizado para 46 crianças (66,7%).

É importante afirmar que os senhores gestores de saúde sempre estiveram informados das necessidades materiais para a realização do projeto e sua ajuda foi relevante para alcançar os resultados de trabalho como, providenciar o transporte para as visitas das crianças de risco, as palestras aos grupos das comunidades, garantindo os locais para os encontros com os grupos de gestantes e facilitando os materiais para a capacitação da equipe de saúde, a qual foi essencial na elevação do nível técnico profissional de todos os integrantes.

Outro aspecto importante do nosso trabalho no dia a dia foi a capacidade da equipe para se adaptar a situações diferentes, permitindo a adoção de dinâmicas mais adequadas na atenção primária à saúde, com a aplicação de um programa de agendamento e organização frente à grande demanda espontânea da unidade. Nesse sentido, desejamos continuar contando com o apoio da gestão para a manutenção das ações na puericultura, bem como, na concretização da organização e realização de outras ações programáticas na UBS.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Olá comunidade da Unidade de saúde Boa Esperança,

Durante três meses na UBS Boa Esperança foi realizado um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a saúde das crianças de zero a 72 meses que residem na área de abrangência da UBS. Esta intervenção teve também como proposta melhorar a qualificação técnico profissional de todos os integrantes da equipe de saúde e oferecer os conhecimentos necessários para a população de nossa área de abrangência sobre a promoção a saúde e prevenção de agravos relacionados a saúde das crianças.

Para todos os profissionais da equipe de saúde esta intervenção significou além dos novos conhecimentos sobre a saúde das crianças, o fortalecimento dos conhecimentos já adquiridos pela prática e um trabalho em conjunto e mais próximo da população.

Para as comunidades este projeto significou uma melhoria na qualidade da assistência médica, pois as crianças que foram e continuarão sendo acompanhadas na UBS tiveram uma avaliação sistemática e integral. Durante este período conseguimos atingir, em três meses de realização da puericultura na UBS, 88 crianças na faixa etária de 0 a 72 meses (54,7%) da população total com esta faixa etária. Para melhorar as ações atingimos bons resultados nos indicadores de qualidade, tais como, o acompanhamento do peso que foi realizado para 100% das crianças cadastradas, acompanhamento do desenvolvimento psicomotor realizado para 63 crianças (71,6%), a atualização das vacinas para 87 crianças (98,9%), indicação do suplemento de ferro de 6 a 24 meses para 22 crianças (88%), realização do teste de pezinho para 81 crianças (92%) e o teste de orelhinha para 59 crianças (67%).

A avaliação do risco foi realizado para 87 crianças (98,9%), a avaliação das necessidades de atendimento odontológico foi realizado para 65 crianças (94,2%) e a realização da primeira consulta após dos 6 meses de um jeito programático foram acolhidas pelas mães com muita aceitação pois compreenderam a importância para seus filhos, sendo assim, realizado para 46 crianças (66,7%). Todas as crianças 88 (100%) que estiveram faltosas a consultas agendadas para o médico tiveram busca ativa realizada pelos ACS e todas as mães e/ou cuidadoras das crianças foram orientadas sobre a prevenção dos acidentes na infância, a importância do aleitamento materno e receberam orientações nutricionais e sobre a prevenção das cáries e da higiene bucal.

Embora ainda tenhamos muito que fazer para melhorar a saúde das crianças nesta comunidade, com a intervenção para as crianças de zero a 72 meses inscritas no programa conseguiremos garantir saúde para os jovens e adultos no futuro. Termina o tempo da intervenção, mas sua importância permanecerá na rotina de trabalho tendo por meta a mudança de olhar para o cuidado da saúde tendo como pilares fundamentais para ter uma população saudável no futuro próximo a realização de ações de promoção a saúde e prevenção de agravos. Para isso, contamos com a participação de toda a comunidade nas atividades oferecidas pela equipe na UBS.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Para mim o curso de especialização em Saúde da Família no Brasil foi uma experiência nova por ter acontecido online. Estava familiarizado com as conferências e avaliações com a presença de professores e uma aula com turmas de 30 estudantes. Acredito que esse foi o maior desafio, junto com o domínio do idioma que ainda faz parte da aprendizagem individual.

Desde o ponto de vista pessoal e profissional os conhecimentos obtidos no desenvolvimento do curso foram e serão ferramentas essenciais para que nossa atuação na saúde primária tenha a qualidade que o povo brasileiro tem direito a receber. Dentro dos benefícios mais importantes, pois ele incide dentro da equipe, foi obter uma nova visão de como deve ser aplicado corretamente um programa de atendimento para um grupo específico com ações de promoção a saúde e prevenção de agravos, como pilares fundamentais da educação em saúde.

No início do curso eu tinha muita expectativa em relação aos resultados pessoais e para minha equipe de trabalho sobre os conhecimentos que ele iria trazer para mim e de como as barreiras para sua implementação teriam que ser resolvidas. Contudo, todas elas foram cumpridas satisfatoriamente com o engajamento da equipe, os gestores de saúde e a comunidade em relação ao projeto de intervenção, com o trabalho em conjunto, com planejamento, organização, controle e todas as ações que o curso apresenta de forma bem estruturada.

Por fim, obtive habilidades e conhecimentos que serão utilizados na atenção a população de nossa área de abrangência e na melhoria da saúde das crianças de zero a 72 meses, pois este foi o objetivo do projeto de intervenção que desenvolvi no curso. A prática e as experiências serão a base do trabalho diário o qual tenderá um impacto positivo na saúde de nossa população.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

Apêndices

Apêndice A:

PLANILHA COMPLEMENTAR DE DADOS DAS CRIANÇAS DE ZERO A 72 MESES

ESF # 3 BOA ESPERANÇA, RONDA ALTA, RS

N	Nome da Criança	Dat.N	Endereço	ACS	Dat.C.P Previa	Dat.V.D Previa	Acomp. Pelo PIM	Vai na Creche

LEGENDA: N =Número ;Dat.N = Data de Nascimento; ACS = Agente Comunitária de Saúde; Dat. C.P = Data da Consulta de Puericultura; Dat.V.D= Data da Visita Domiciliar; Acomp. = Acompanhamento; PIM (Programa Estadual Por uma Infância Melhor)

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B- Planilha de coleta de dados

A	B	C	D	E	F	G
Indicadores de Saúde da Criança - Mês 4						
Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Idade da criança	Sexo	A criança fez a primeira consulta na primeira semana de vida?	A criança está com o monitoramento de crescimento em dia?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	Em meses	0 - Masculino 1 - Feminino	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Colunas de A a G

H	I	J	K	L	M
A criança está com déficit de peso?	A criança com déficit de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com excesso de peso?	A criança com excesso de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com o monitoramento de desenvolvimento em dia?	A criança está com o esquema vacinal em dia?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Colunas de H a M

N	O	P	Q	Barra de fórmulas	S
A criança que tem entre 6 e 24 meses está recebendo suplementação de ferro?	Foi realizada triagem auditiva na criança?	A criança fez o teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida?	A criança entre 6 e 72 meses recebeu avaliação da necessidade de atendimento odontológico?	A criança entre 6 e 72 meses realizou a primeira consulta odontológica programática?	A criança faltou à consulta agendada com médico ou enfermeiro?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Colunas de N a S

T	U	V	W	X	Y	Z
Foi realizada busca ativa para a criança faltosa à consulta?	A criança está com registro adequado na ficha espelho?	Foi realizada avaliação de risco na criança?	A mãe (responsável) recebeu orientação sobre prevenção de acidentes na infância?	A criança foi colocada para mamar na primeira consulta de puericultura?	A mãe (responsável) recebeu orientação nutricional na unidade de saúde de acordo com a faixa etária?	A mãe (responsável) recebeu orientação na unidade de saúde sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Colunas T a Z

Anexo C-Ficha espelho

FICHA ESPELHO PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

Departamento de
Medicina Social

UFPEL

Data do ingresso no programa: __/__/____, Número do Prontuário: _____, Cartão SUS: _____
 Nome completo: _____, Data de nascimento: __/__/____, Sexo: () Feminino () Masculino
 Endereço: _____, Telefone de contato: _____
 Nome da mãe: _____, Nome do pai: _____, Peso ao nascer: _____ g
 Comprimento ao nascer: _____ cm, Perímetro cefálico: _____ cm, Apgar: 1º min: _____, 5º min: _____, Idade gestacional: _____ semanas _____ dias, Tipo de parto: _____, Tipagem sanguínea: _____
 Data da primeira consulta odontológica: __/__/____, Profissional que realizou: _____
 Manobra de Ortolani: () negativo () positivo, Teste do reflexo vermelho: () normal () alterado, Teste do pezinho: () não () sim, Realizado em: __/__/____
 Ictericotúnia: () normal () alterado, Hipotireoidismo: () normal () alterado, Anemia falciforme: () normal () alterado, Observações: _____
 Triângulo auricular: () não () sim, Realizado em: __/__/____, Testes realizados: () PEATE () FOG, Resultados: OD: () normal () alterado, OF: () normal () alterado

CALENDÁRIO VACINAL												
Vacinas	BCG	Pentavalente	VPI	Rotavírus	Presunco: 10	Mening. C	Tríplice viral	Tríp. bacteriana	Febra amarela	Hepatite B	VPC	Outras
1ª dose ou dose única	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____
2ª dose	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____
3ª dose	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____
Reforço	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____

Ficha espelho - frente

FICHA ESPELHO PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

Departamento de
Medicina Social

UFPEL

CONSULTA CLÍNICA												
DATA												
Profissional que atendeu												
Idade em dias (d), meses (m) ou anos (a)												
Peso em g (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)												
Estatutura em cm (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)												
Perímetro cefálico (acima do esperado, adequado, abaixo do esperado)												
IMC em Kg/m² (obesidade, sobrepeso, risco de sobrepeso, adequado, magreza, magreza acentuada)												
Desenvolvimento (provável atraso, alerta, adequado com fatores de risco, adequado)												
Uso de sulfato ferroso (sim ou não)												
É necessário atendimento odontológico?												
Criança com risco?												
Orientação sobre prevenção de acidentes na infância												
Alimentação materna: exclusivo, predominante, complementar, desmamada												
A criança foi colocada para mamar na consulta? (sim ou não)												
Orientação nutricional conforme a faixa etária (sim, não, não se aplica)												
Orientação sobre higiene bucal												
Data da próxima consulta												

Ficha espelho - verso

Anexo D-Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante

Figura 16. Fotografias das atividades realizadas durante a intervenção

